

ANAIIS PAULISTAS DE

MEDICINA E CIRURGIA

VOLUME LXXIX

N.º 4

Abril de 1960

Neste número :

Trabalhos Originais :	Pág.
Indicações da cirurgia nas úlceras do estômago e do duodeno — Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO	257
Simplicite y parasimplicite — Dr. TOMÁS ARETA	245
Endometriose de cicatrizes laparotômicas — Prof. CARMO LORDEY e Dr. WALDEMAR MACHADO	251
Produção Médica de São Paulo:	
Associação Paulista de Medicina	195
Centro Médico de Ribeirão Preto	222
Sociedade Médica São Lucas	223
Imprensa Médica de São Paulo:	
Sumário dos últimos números	223
Vida Médica de São Paulo:	
Departamento de Previdência da Associação Paulista de Medicina	226
Liga Paulista Contra a Tuberculose	226
Prêmio "Famille Guerner"	226
Congressos Médicos:	
XII Congresso Brasileiro de Gastroenterologia	229
VI Congresso de Cardiologia	230
Assunto de Atualidade:	
Industrialização dos ossos	232
Instituto de Microbiologia da Universidade do Rio Grande do Sul	234
Literatura Médica:	
Livros e separatas recebidas	234
Boletim do Sanatório São Lucas:	
Úlcera gástrica da pequena e grande curvatura — Dr. NIVALDO C. SAMPAR	147
Meio milhar de reuniões — Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO	152
O Sanatório São Lucas em 1959 — Movimento Cirúrgico	154
O Sanatório São Lucas em 1959 — Movimento da Sala de Curativos	155
O Sanatório São Lucas — Movimento dos doentes da Seção de Hansen	156
Sociedade Médica São Lucas — Comunicações feitas	158

Redação:



SANATÓRIO SÃO LUCAS

DIRETOR: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Rua Pirapitingui, 80 — Caixa Postal 1.574 — São Paulo, Brasil

MEPRO

Fórmula:

Meprobamato	0,400 g.
Vitamina B ₁	0,010 g.
Reserpina	0,0001 g.
Excipiente q. s. p.	0,500 g.

INDICAÇÕES

- Como relaxante muscular
- Agente tranquilizador
- Estados ansiosos e tensionais
- Alcoolismo
- Medicação sedativa.

MODO DE USAR:

2 a 4 comprimidos ao dia, ou como determinar o médico

(Venda sob prescrição médica)

Licença pelo S. N. F. M. sob N.º 841/57

Farm. M. P. LANGONI

GLUCOSSARA

Fórmula:

Vitamina C	0,500 g.
Vitamina B ₁	0,100 g.
Vitamina B ₂	0,050 g.
Glicocola	0,050 g.
Sol. glicosada a 30% q. s. p.	10,00 cm ³

INDICAÇÕES

- Medicação tônica
- Estados tóxicos ou tóxico infecciosos
- Hipovitaminoses
- Desnutrição
- Convalescença
- Afecções hepáticas

MODO DE USAR:

1 a 2 ampólas diariamente por via endovenosa,
ou segundo a indicação médica.

(Venda sob receita médica)

Licença pelo S. N. F. M. sob N.º 825/41

Farm. M. P. LANGONI



LABORATÓRIO PHARMA

MARCELLO MASSARA & CIA.

Rua Tabatinguera, 164 — São Paulo, Brasil

VASODILATADORES HOUDÉ

PAPAVÉRINA HOUDÉ

RIGOROSA DOSAGEM

Ampólas

0,05 g
0,10 g
0,20 g

Comprimidos

0,10 g
0,25 g

Grânulos

0,04 g

OXYPHYLLINE HOUDÉ

SAL DE TEOFILINA SOLÚVEL, ESTÁVEL E NEUTRO

Injeções intramusculares não dolorosas

Comprimidos

0,15 g

Ampólas

0,30 g

OXYPHYLLINE HOUDÉ COMPOSTA

Comprimidos

Oxyphylline 0,15 g
Papaverina 0,04 g
Fenobarbital 0,01 g

Ampólas

Oxyphylline 0,30 g
Papaverina 0,06 g

NOKHELLINE HOUDÉ

DERIVADO HIDROSSOLÚVEL E ATÓXICO DA KHELLINE

Ampólas

0,05 g de amikhelline

NOKHELLINE HOUDÉ COMPOSTA

Drágeas

Amikhelline 0,05 g
Papaverina 0,05 g
Fenobarbital 0,01 g



LABORATÓRIO F. PIERRE S/A

Rio — Caixa Postal, 489
Telefone 52-1556

S. PAULO — Caixa Postal, 606
Telefone 36-5111



contra as eventuais
reações secundárias
na aplicação de penicilina

PENALER

Penicilina anti-histamínica
de ação prolongada.

Penicilina G cristalizada 100.000 U.
(1-p-clorobenzil-2-pirrolidimetilbenzimidazol)
penicilina G 300.000 U.
Uma ou duas injeções de 400.000 U. cada 24 horas



INSTITUTO PINHEIROS,
PRODUTOS TERAPÊUTICOS, S.A. - SÃO PAULO - BRASIL

Mediante acordo com a
CHEMIE GRUENTHAL GMBH, STOLLBERG IM BREITENLAND - ALLEMAGNA

ANAIAS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

Diretor: Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO

Rua Pirapitingui, 80 — Fone, 37-2515 — Caixa Postal, 1574 — São Paulo, Brasil

★

Assinat. por 1 ano Cr\$ 500,00 — Estrang. US\$ 7,50 — Número avulso Cr\$ 50,00

(Nos trabalhos publicados é respeitada a redação dos autores)

VOL. LXXIX

ABRIL DE 1960

N.º 4

PRODUÇÃO MÉDICA DE SÃO PAULO

Associação Paulista de Medicina

DEPARTAMENTO DE CIRURGIA

Sessão em 10 de junho de 1959

Presidente: *Dr. David Rosenberg*

Equilíbrio electrolítico no pré e pós-operatório. Dr. R. Cianciarulo — O paciente operado apresenta modificações endócrinas e metabólicas semelhantes às verificadas após qualquer traumatismo ou injúria física. Estas reações caracterizam o quadro da convalescença, que normalmente se faz, segundo Moore, em quatro fases: 1) fase adrenérgico-corticóide; 2) fase anabólica espontânea; 3) fase de ganho de gordura.

A fase adrenérgico-corticóide — que pode durar até o 7.º-8.º dia do pós-operatório, de acordo com a constituição do paciente e com a gravidade e extensão da operação — constitui, a nosso ver, o que se convencionou chamar de pós-operatório imediato. É nesta fase de convalescença que se faz mais importante a atuação do cirurgião, porque, durante ela, o paciente se apresenta com características orgânicas que fogem de muito à normalidade.

Esta fase se caracteriza fundamentalmente por um excesso de produção

de hormônios do córtex da supra-renal e de hormônio antidiurético, devido à ação do estímulo operatório. Estes hormônios determinam: 1) balanço nitrogenado negativo; 2) excreção aumentada de potássio; 3) retenção de sódio; 4) retenção de água (oligúria). Paradoxalmente, durante este período, a concentração do sódio plasmático é inferior à normal. Este quadro determina a conduta no pós-operatório imediato.

Expomos a seguir a orientação quanto à hidratação seguida no Serviço do Prof. Edmundo Vasconcelos, no Hospital das Clínicas, e em nossa clínica particular, nos casos submetidos à cirurgia geral e que não apresentam desidratação. Estes casos constituem cerca de 90 a 95% do total dos pacientes operados rotineiramente. Quando o paciente é um desidratado, antes da operação, sempre que possível, isto é, não sendo caso de urgência, far-se-á uma hidratação completa, o que levará em média 3 dias. Aparecendo uma alteração do

equilíbrio hidrelectrolítico no pós-operatório, o paciente foge ao esquema ora apresentado e será tratado como um paciente desidratado, considerando-se sempre as características do pós-operatório imediato.

Conduta no pós-operatório imediato dos pacientes não desidratados. Dr. R. Cianciarulo. — A seguinte orientação é adotada: não se usa rotineiramente sonda gástrica, porque a cirurgia, quando bem planejada e realizada sem tração intempestiva das

vísceras, não produz distensão abdominal ou vômitos reflexos. Alimentação oral ou por sonda (quando se faz esofagectomia ou gastrectomia total) é iniciada no máximo dentro de 24 horas após a operação, salvo em condições especiais que a contra-indicam formalmente. Hidratação parenteral: administram-se somente cerca de 300 a 500 mil de solução glicosada a 5%, gota-a-gota na veia durante a operação. No pós-operatório não se faz administração de líquidos por via parenteral.

Sessão em 23 de junho de 1959

Presidente: Dr. David Rosenberg

A punção portal percutânea transpática na comprovação da anastomose esplenorrenal. Drs. Luciano de Castro Silva, João Baptista São Thiago, Ermettis Ferrarini e Fabio Schmidt Goffi. — Os autores salientam que um dos argumentos contra a anastomose esplenorrenal o de não se poder verificar a permeabilidade da mesma, a menos que se faça uma laparotomia. Procurando contornar esse inconveniente, em 2 casos de anastomose esplenorrenal, fizeram a punção percutânea transpática do sistema porta, seguida de cateterismo com tubo de polietileno, tendo o mesmo progredido até a veia esplênica. Injetou-se em seguida o contraste, batendo-se a radiografia, obtendo-se, nos 2 casos, a visibilização radiológica da anastomose. O número de casos é ainda pequeno, porém, dada a grande importância atribuída ao fato, os autores resolveram apresentá-lo.

Pancreatites agudas. Drs. Miguel Bove Neto, José Aristodemo Pinotti e Antonio Lopes. — São analisados 258 casos de pancreatite aguda, atendidos no Pronto Socorro do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, no período de 20-4-1950 a 31-12-1957. Representam 0,88% das 29.090 internações feitas pelos plantões de cirurgia.

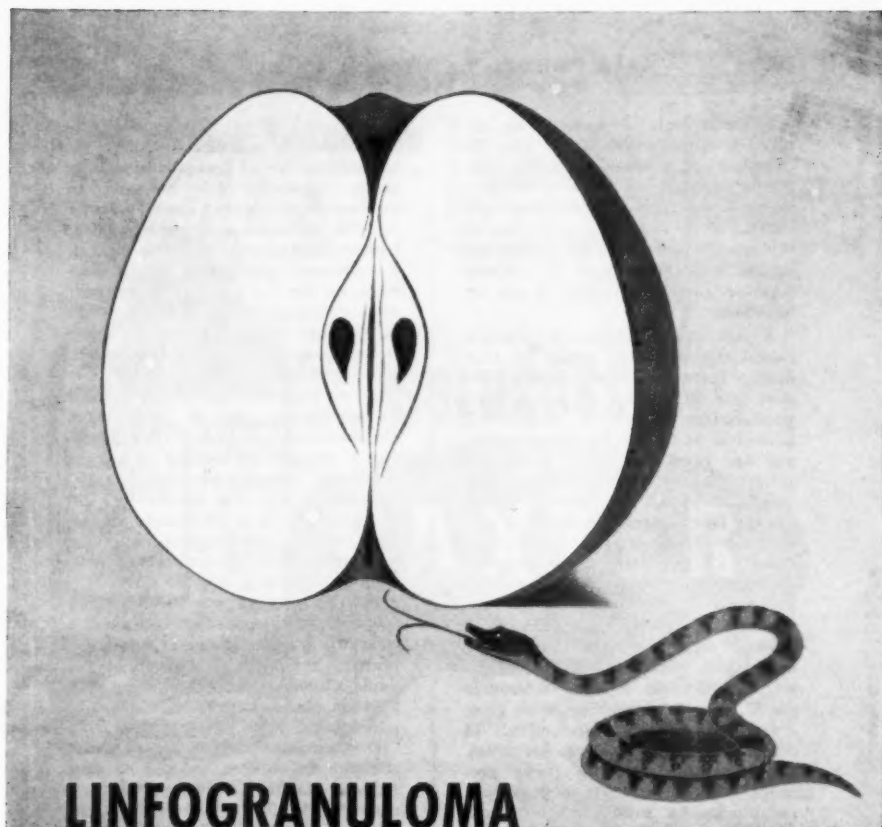
A pancreatite aguda apresentou as seguintes razões em relação a outras afecções cirúrgicas mais frequente-

mente encontradas: 1:1 colecistite aguda; 1:2 úlceras gastroduodenais perfuradas; 1:55 obstruções intestinais; 1:8,5 apendicites agudas

As idades limites foram 7 e 81 anos. Maior número de casos entre 21 e 40 anos (47,6%). Não encontramos preferência por qualquer dos sexos (128 masculinos e 130 femininos). Antecedentes biliares, crises análogas pregressas, alcoolismo e refeições desencadeantes tiveram significativa presença nos casos estudados.

Etiopatogenia — São apresentadas e discutidas as diversas teorias sobre a etiopatogenia da pancreatite aguda. Não é possível ter-se uma concepção unitária; diversos são os fatores capazes de provocar um processo agudo da glândula. Qualquer que seja a causa primeira, o extravasamento de suco pancreático para o intestício glandular, desencadeando um processo de auto-digestão, está sempre presente.

Patologia — Podemos encontrar quatro tipos de lesões: edema, hemorragia, necrose e supuração. Acreditamos que não correspondam a quadros mórbidos distintos, nada mais sendo que diferentes graus de mesmo processo. Entre os casos analisados o pâncreas foi visibilizado em 57 pacientes. Foram encontradas 28 necroses hemorrágicas (com 22 óbitos), 23 edemas (com 5 óbitos) e 6 edemas e pequenas áreas de hemorragia (com 1 óbito).



LINFOGRANULOMA VENÉREO



Altamente
eficaz por via oral.

Cada cápsula
contém 250 mg
de Aureomicina.

Um dos antibióticos mais versáteis, indicado contra amebíase intestinal, brucelose, peritonite, coqueluche, pneumonia, infecções bacterianas associadas ao vírus da influenza, infecções gram-negativas, gram-positivas, endocardite bacteriana resistente à penicilina, linfogranuloma venéreo, gonorréia, infecções do útero e anexos e grande variedade de infecções cirúrgicas.

Suave - Baixo potencial alérgico - Eficaz

Divisão LEDERLE

Cyanamid Química do Brasil S. A.

Rio de Janeiro - Av. Rio Branco, 131 - 21.º

São Paulo - Rua Lavapés, 326

AUREOMICINA
CÁPSULAS

Sintomatologia — A síndrome clínica da pancreatite aguda não foi completa em todos os casos. Só raramente encontramos todos os sinais e sintomas descritos em um mesmo paciente. E de doente para doente as variações foram marcantes, tanto em relação à presença deste ou daquele sintoma, como em relação à sua intensidade.

A dor, quase sempre o sintoma inicial, foi de início súbita ou insidiosa. Intensa, violenta mesmo, fez com que 50,4% dos pacientes (130) procurassem o hospital dentro das primeiras 24 horas. Na grande maioria dos casos foi contínua ou em cólica, com sede no epigástrico, com irradiação difusa por todo o ventre ou em faixa supra-umbilical. A palpação os pontos mais dolorosos situaram-se no epigástrico e hipocôndrio. As náuseas se apresentaram em 181 pacientes (70,2%). Os vômitos (biliosos, alimentares, aquosos, sangüinolentos ou mistos) foram abundantes e repetidos: presentes em 206 pacientes, ausentes em 15, sem referência em 37. Parada de eliminação de gases e fezes, com distensão abdominal, foi ocorrência freqüente (60% dos casos). Icterícia ou subicterícia esteve presente em 33 casos. A temperatura geralmente foi subfebril ou normal. O pulso foi, em geral, moderadamente rápido (90 a 110 bat./min). O choque, quando presente, ensombrece o prognóstico, tendo caráter de quase irreversibilidade; ocorreu em 11 de nossos casos, sempre com êxito fatal, dentro das primeiras 48 horas. O exame do abdome muitas vezes nos deixou surpresos, pela falta de correspondência entre a dor atroz, os vômitos violentos, a agitação, a angústia, e os achados da palpação; em 94 casos o abdome estava completamente flácido.

Diagnóstico e exames subsidiários — A síndrome clínica da pancreatite aguda nem sempre mostrou-se de molde a impor o diagnóstico.

Os exames subsidiários radiológicos e laboratoriais é que permitem, na maioria dos casos, o diagnóstico de certeza da afecção. Existe uma síndrome radiológica da pancreatite aguda que consideramos de muito valor, principalmente para diferen-

ciação com outras afecções abdominais de urgência. Entre os exames de laboratório, o que tem maior significação diagnóstica é a dosagem de amilase sangüínea. Sua elevação acima de 800 unidades é patognomônica. Independentemente do valor inicial, a amilasemia geralmente volta à normalidade em 3 a 4 dias. Valores normais depois do 3.º dia de evolução da moléstia não infirmam o diagnóstico de pancreatite aguda. Não se obteve significação estatística quando se quis correlacionar os valores iniciais da amilasemia com o prognóstico. Consideramos um bom meio diagnóstico a dosagem de amilase do líquido peritoneal retirado por punção. Valores muito elevados (acima de 1.000 u.), na ausência de perfuração de víscera ôca, são patognomônicos.

Tratamento — O tratamento deve ser conservador, a não ser que: a) o diagnóstico esteja em dúvida com outra afecção que necessite tratamento cirúrgico (mais vale operar uma pancreatite aguda do que não operar uma úlcera perforada); b) exista icterícia obstrutiva; c) haja supuração pancreática.

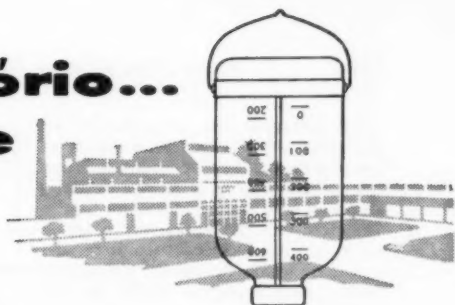
O tratamento clínico compreende: combate ao choque, sedação da dor, redução da tensão intrapancreática, correção do ileo adinâmico, manutenção e correção do equilíbrio hídrico-eletrólítico, tratamento anti-infeccioso.

O tratamento cirúrgico varia com o achado: colecistectomia, colecistostomia, coledolitotomia, coledocostomia; pancreatectomia por curagem, nos casos de extensas necroses da glândula, rápida e sem dificuldades técnicas.

O paciente tratado clinicamente, uma vez passada a crise aguda, não deve ser abandonado pelo seu médico. Sabendo este que recidivas fatais podem ocorrer, tem obrigação de procurar descobrir a causa etiológica do processo e instituir a terapêutica médico-cirúrgica adequada.

Considerações sobre 100 gastrectomias a Billroth I. Drs. Edwin Benedito Montenegro, Murillo de Oliveira Villela e Leonel Pontim. — Os autores estudam 100 casos operados pela técnica do Billroth I no período de outubro 1956 a setembro 1958.

**do laboratório...
ao paciente**



SOLUÇÕES

BAXTER



oferecem sempre

- * pureza inexcelsável
- * precisão invariável
- * confiança absoluta

Até chegar ao paciente, as Soluções Baxter passam por toda uma série de rigorosíssimos testes para lhes assegurar o mais alto padrão de qualidade. Eis porque a Classe Médica confia nas Soluções Baxter - o máximo em terapêutica parenteral de dosagem maciça.

SOLUÇÕES BAXTER

Fabricadas no Brasil por

INDÚSTRIAS QUÍMICAS MANGUAL S. A.

Matriz: Rio de Janeiro - R. Real Grandeza, 293 - Tel.: 46-8050 - Cx. P. 3.705 - Teleg.: "Pico"

Laboratórios: Duque de Caxias (RJ) - Rua Campos, 543

Filial: São Paulo - Rua Manoel Dutra, 218 - Telef.: 32-9826 - Endereço Telegráfico: "Baxter"

Só operaram por essa técnica os pacientes longilíneos, psicastênicos e psicolábeis que não se adaptam bem quando operados pela técnica de Reichel-Polya ou Kronlein-Balfour.

Apresentam primeiramente a indicação cirúrgica, predominando a úlcera duodenal. Operaram tanto homens como mulheres. Idade dos 19 aos 65 anos.

Em seguida, mostram a técnica utilizada, frisando sempre a necessidade de ressecção ampla.

Nos resultados imediatos só houve 1 óbito por embolia pulmonar em paciente idoso em péssimo estado. Como complicações tiveram uma torção de mesocólon e um caso de compressão de bôca anastomótica sobre a coluna, sendo bem resolvidos os dois casos.

O follow-up de 73 casos mostrou 61 casos curados, 11 casos satisfeitos, porém com restrição do peso, e 1 paciente que está em tratamento psiquiátrico, com mau resultado. Houve aumento de peso de até 8,5 kg. A média de perda de peso foi de 2,5 kg, bem menor que no Billroth II.

Os autores estão satisfeitos com a técnica e a preconizam para esses casos de pacientes longilíneos, psicastênicos e psicolábeis.

Estudo comparativo dos resultados das gastrectomias pelas técnicas de Billroth I e II. Drs. David Rosenberg,

Fernando de Camargo Viana e João Augusto de Melo Saraiva. — Os autores fizeram um estudo comparativo de duas séries de 75 casos de gastrectomia pelas técnicas de Billroth I e II. Os pacientes foram distribuídos em dois grupos comparáveis quanto à idade, sexo e tipo de lesão (úlcera duodenal ou úlcera gástrica). Todos os casos foram operados e revistos pessoalmente pelo mesmo cirurgião (D.R.). Notaram que a plenitude é sintoma freqüente após ambas as técnicas, sendo mais comum no homem após Billroth II e na mulher após Billroth I. O mesmo verificaram em relação aos vômitos e aos sintomas pós-prandiais em geral. A redução de peso após a gastrectomia é apreciável, qualquer que seja a técnica de reconstrução, sendo significativamente mais acentuada na mulher do que no homem. Assinalaram ser muito menor o número de pacientes que têm anorexia do que o de pacientes que diminuem de peso nas duas técnicas; isto mostra que, mais importante do que uma deficiente absorção de alimentos, é a abstenção de se alimentar pelos pacientes, que querem assim evitar os sintomas pós-prandiais. A incapacidade para o trabalho foi mais freqüente após Billroth II, porém, a chamada "dumping-syndrome" foi praticamente igual em ambas as técnicas.

Sessão em 25 de junho de 1959

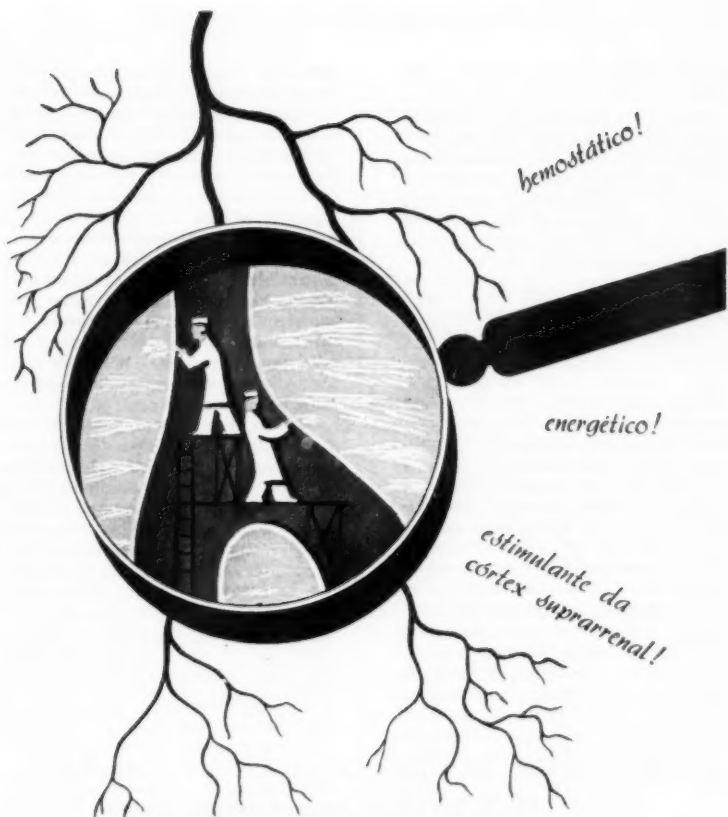
Presidente: Dr. David Rosenberg

Problemas da litíase residual do colédoco. Drs. Edwin Benedito Montenegro, Murillo de Oliveira Villela e Leonel Pontim. — Os autores estudam 615 colecistectomias realizadas de 1946 a junho 1957.

Todos os casos foram operados por via anterógrada, não havendo nunca acidente cirúrgico, como lesão accidental do colédoco.

O colédoco foi aberto 251 vezes por ser suspeito de calcose ou lesão da parte terminal. Em todos os casos foi drenado com a sonda de Kehr, não havendo também nenhum acidente devido à sonda, sendo que uma paciente ficou 14 meses com a mesma.

A colangiografia intra-operatória é rotina, só não sendo feita por motivos independentes de nossa vontade. São usados 20 ml de Nossylan, que também nunca provocou reações perigosas nos pacientes. Antes de fazermos a colangiografia a percentagem de cálculos no colédoco era de 8%. Após o uso da colangiografia este número foi a 16%, mostrando assim que, sem esse exame, 8% dos pacientes ficavam com cálculos. Nesta série de pacientes operados, 18 deles ficaram com cálculos no colédoco e a maioria das vezes devido às dificuldades técnicas da colangiografia. A colangiografia



PERMIPLAS

Substituto do plasma sanguíneo
Normalizador da permeabilidade capilar

Mono-semicarbazona do adrenocromo (MSA) em solução isotônica de sais minerais, com pH=7

**Choques hemorrágico e não hemorrágico (traumático, tóxico,
cirúrgico e decorrente de queimaduras).**

Prevenção e tratamento de hemorragias operatórias.

Frasco com 500 ml

LABORATÓRIOS FARMACÉUTICOS VICENTE AMATO-USAFARMA S/A. — S. PAULO

pós-operatória é que revelou os cálculos.

Presente a calculose do colédoco, fazemos a lavagem de Pribram e o resultado foi o seguinte: 10 casos bem resolvidos, 2 casos com resultado negativo e 1 paciente, que tinha dois cálculos, eliminou um. Os outros 5 pacientes foram operados antes de tentarmos o Pribram.

Aconselhamos, portanto, a colangiografia intra-operatória como rotina e a drenagem do colédoco nos casos de dúvida.

O uso do enxerto ósseo homogêneo em cirurgia plástica. Drs. David Seron Neto e Ruy Dantas de Oliveira. — Os autores expõem a histofisiologia do enxerto e as duas teorias para explicá-las. Crêem que a da "creeping-substitution" é a que mais se adapta à realidade, não sendo convincente a teoria de que devam permanecer viáveis as células transplantadas. O enxerto homogêneo e o autógeno se comportam da mesma maneira do ponto de vista biológico, havendo apenas tempo mais curto na reabilitação do segundo. A função do enxerto con-

siste em suprir material mineral, servir de estojo aos processos de reconstrução óssea, e provocar, por ação de presença, atividades osteogênicas na vizinhança. As vantagens do uso do enxerto ósseo homogêneo conservado são inúmeras; entre outras, supressão de um tempo operatório, supressão de outras deformidades, cicatrizes e infecções na zona doadora, possibilidade de obtenção de transplantados de dimensões e formas não comuns, enxertia em pacientes nos quais não se pode obter o autógeno, e tornar às intervenções de ambulatório de flagrante vantagem econômica para o paciente.

Os autores expõem os cuidados que devem orientar este tipo de enxertia. Apresentou casuística de 15 casos de correções de deformidade de contorno da face (nariz em sela, perda óssea frontal, atrofia mandibular e do maxilar superior). Utilizaram ossos conservados em banco tipo congelado, fornecidos pelo Dr. Nelson Carrera, chefe do Banco de Ossos do Hospital Matarazzo. Encarecem a importância de um banco de ossos na solução de inúmeros problemas de cirurgia plástica.

DEPARTAMENTO DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA

Sessão em 11 de junho de 1959

Presidente: Dr. Benedito Mendes de Castro

Dermatite profissional: aspectos clínicos e alérgicos de um caso. Dr. Sebastião A. P. Sampaio. — O autor apresenta caso de indivíduo preto, com 24 anos de idade, que há 6 anos trabalhava em uma fábrica de resinas, quando apresentou dermatite difusa no tipo eczematoso. O quadro clínico lembrava mais uma dermatite atópica, do que uma doença profissional. Entretanto, referia o paciente que sua moléstia melhorava com o afastamento do serviço. Tendo então recorrido à Justiça do Trabalho, foi feito, a pedido desta, um estudo alérgico, para a elucidação do caso. Os testes cutâneos, feitos com a bateria de rotina, foram positivos para o formol e a para-fenilenodiamina, duas substâncias

usadas na fábrica. Outros testes de contato, com produtos empregados no local e a atropina, também foram positivos. De outro lado, testes feitos com a inalação destas substâncias também foram positivos. Em conclusão, tratava-se de um processo de sensibilização, que ocorreu, não somente pelo contato com diversas substâncias, mas também por inalação. Devido ao aspecto pouco usual do processo, com múltiplas sensibilizações e através de duas vias diversas, o caso é apresentado.

Repigmentação de lesões vitiliginosas pela ação da cloroquina (apresentação de um caso). Dr. Norberto Beliboni. — O autor apresenta o caso de

uma paciente de cor parda, 17 anos, com numerosas manchas acromicas características de vitiligo em faixa ao redor do pescoço, dobras axilares, faces dorsal e ventral dos membros superiores, nos pontos de pressão da cintura, saliências trocaterianas, e poucos elementos nas pernas. Os elementos cutâneos guardavam simetria evidente. Reações sorológicas para sífilis negativas; metabolismo basal levemente aumentado. Iniciou o tratamento com cloroquina (Aralen) na dose de 2 comprimidos diariamente desde 23-4-1959. Verificou-se que, na periferia hiperpigmentada das lesões, se formavam uma faixa pigmentada, de tonalidade menos intensa que a zona de pele normal, que progredia para o interior das manchas acromicas. Em alguns pontos a repigmentação se fazia por ilhotas, que logo se difundiam. Na coxa observava-se mancha repigmentada em cerca de 2/3 da sua extensão, ainda mais clara que a zona de pele sã.

O autor refere ter trazido este caso a fim de ilustrar os resultados obtidos com a cloroquina e seus derivados no tratamento do vitiligo. Os resultados, apesar de não serem brilhantes, são dignos de consideração, uma vez que a moléstia é de cura muito discutível.

Fitofotodermatite (apresentação do caso). Drs. Norberto Belliboni e Aquecena Raphael. — G. A., com 19 anos de idade, branca, solteira, reg. HC 456.880. Data da consulta: 23-5-1959. Refere que, há um mês, começou a notar discreta vermelhidão nas mãos, acompanhada de sensação de queimação nas mesmas; um dia após foi à piscina e, após tomar banho de sol, notou acentuação do eritema e dos sintomas. A partir desta data a lesão referida tornou-se progressivamente mais escura até tomar a coloração atual. Há dois ou três dias vem notando discreta descamação no centro da lesão. Não fez uso de medicação local. Antecedentes: Faz uso de água de colônia; há mais ou menos um mês fez licor de figo, ocasião em que, após conservar as folhas de figueira em álcool, imergiu ambas as mãos na mistura. *Exame dermatológico*: Pigmentação bronzeada, de li-

mites nítidos e de bordo geográfico em certas regiões, tomando a face dorsal de ambas as mãos desde o terço distal dos metacarpianos até as extremidades distais das falanges. *Testes de contato*: Óleo de bergamota, fôlha de figo, extrato alcoólico de fôlhas de figo, álcool, água de colônia. As substâncias foram mantidas em contato com a pele da face flexora de ambos os antebraços por um período de 24 horas. Após esse tempo, as regiões foram expostas à luz solar. Houve desenvolvimento de eritema acentuado e de bôlha no local antes ocupado pela fôlha de figo. Eritema moderado em relação ao extrato alcohólico de fôlhas. Teste de contato aberto com o extrato alcoólico desenvolveu eritema e hiperpigmentação em 24 horas. As demais substâncias não determinaram qualquer alteração cutânea após 48 e 72 horas.

Fibroxantoma (histiocitoma) maligno da pele com propagação linfática. Drs. J. Michalany, A. Rotberg, L. A. Madeira e C. C. A. Pereira. — É relatado o caso de um indivíduo que apresentava, no dorso, tumores múltiplos cutâneos com propagação linfática regional. O exame anatómopatológico mostrou tratar-se de um fibroxantoma (histiocitoma) maligno. Não parece haver referências na literatura sobre essa ocorrência.

Tratamento dos hemangiomas. Dr. Aloysio do Livramento Barretto. — Os hemangiomas são tumores vasculares que em geral já se apresentam por ocasião do nascimento ou aparecem nas primeiras semanas ou meses de vida da criança. Conforme vários autores, existem casos de regressão espontânea, porém, o que é mais comum são pequenas manchas ou tumores aparecidos nos primeiros dias de vida permanecerem inalterados durante algum tempo e depois desenvolverem-se rapidamente. De um modo geral, quando o médico especialista os vê, já são tumores relativamente grandes, por vezes ulcerados, porque os pais os ocultam dos médicos por temor ou por esperarem a regressão espontânea.

Podemos classificar clinicamente os hemangiomas em cinco grandes gru-

pos: 1) Hemangiomas simples: são áreas manchadas, sem coloração bem definida, que em alta percentagem aparecem na nuca. 2) Hemangioma capilar ou nevus vinoso; é constituído por grande aumento do número de veias e capilares, com formas as mais variadas e em geral aparece no rosto; a camada endotelial das paredes dos vasos é muito pequena. 3) Nevus aracnídeo: consiste em uma rede de vasos partindo de uma ou mais veias centrais. 4) Hemangioma hipertrófico ou hemangioma cavernoso: é caracterizado pela sua elevação, formato irregular e desenvolvimento muito rápido; massas de células endoteliais são encontradas deslocando a pele e tecido subcutâneo. 5) Hemangioma cavernoso: é profundo, podendo ser recoberto inteiramente pela pele normal e ser distinguido somente pela coloração avermelhada ou azulada; é formado por grandes espaços sanguíneos como uma bolsa mole e flexível recoberta por endotélio e septo conjuntivo.

Um fator que precisamos levar em consideração antes de entrarmos no estudo dos tipos de tratamento é a radiosensibilidade. O tumor é tão mais sensível às radiações quanto mais indiferenciados forem os seus tecidos. O grau de sensibilidade depende do tipo e da quantidade das células endoteliais e do estroma envolvente. A radiosensibilidade também é inversamente proporcional à idade do paciente.

Os métodos mais usados para tratamento dos hemangiomas são:

1) Cirúrgico — Este tratamento naturalmente pode ser usado em quase todos os casos; entretanto, certas localizações e tamanho tornam para a cirurgia a parte estética e a técnica muito difíceis. Nos hemangiomas dos grupos 1 e 2 de nossa classificação, que são radiorresistentes, há, por excelência, indicação do tratamento cirúrgico.

2) Neve carbônica — Introduzida em 1907 por Pusey, é ainda muito usada. Aplicações repetidas em pequenos angiomas ocasionam a trombose e a obliteração dos vasos do tumor. A cura sobrevém, ficando a

região recoberta por uma membrana branca e flexível, sem tendência a quelóide. Não deve ser usada nos hemangiomas cavernosos, devido à profundidade.

3) Injeções esclerosantes — Tratamento usado nos hemangiomas tuberosos e cavernosos. Tratamento relativamente fácil e sem consequências mais sérias.

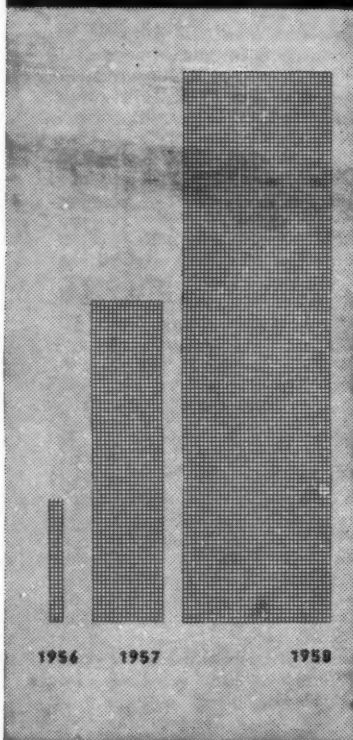
4) Raios ultravioletas sob pressão — Tratamento bastante antigo, feito com aparelho de Kromayer e outros. Deve-se provocar reação flictenóide. Tratamento doloroso. Resultados pouco satisfatórios.

5) Diatermocoagulação — Tem valor nos hemangiomas de adultos, que são lesões radiorresistentes. É dolorosa e deixa sempre cicatriz.

6) Electrólise — É o tratamento mais eficaz para os nevus aracnídeos. Faz-se primeiro a electrólise da veia central e depois das demais. Tratamento doloroso e que deixa cicatriz, porém eficiente.

7) Radiações — É o tratamento de escolha para os hemangiomas tuberosos e cavernosos. O tratamento, quando feito precocemente, dá melhor resultado porque, como a radiosensibilidade diminui com a idade, a dose necessária é menor e há, em consequência, menor risco. a) Curietapia: Devemos neste ponto considerar os raios β e γ ; empregamos os raios β para tumores superficiais, tuberosos; para os cavernosos empregamos os raios γ , que são obtidos filtrando o radium com platina ou latão; a colocação do radium sobre o hemangioma é feita por meio de aparelhos especiais, os aplicadores; quando bem calculada a dose, dá ótimo resultado, sem seqüelas. b) Contatoterapia: Devido a suas características físicas (pouquíssima penetração) é usada principalmente nos angiomas tuberosos das pálpebras e outras regiões, desde que não sejam muito profundos. c) Radioterapia superficial: Como esta atinge maior concentração em profundidade, tem grande ação nos hemangiomas cavernosos. Uma das vantagens da radioterapia sobre

Fatos e algarismos



20.000 tornaram-se 1.000.000

O início de uma nova era na terapêutica do diabetes é demonstrado de maneira mais nítida com o número de diabéticos ajustados satisfatoriamente ao tratamento oral com o Rastinon.

Se em 1956 só eram cerca de 20.000 pacientes, hoje já são mais de 1.000.000 em todos os países do mundo, que agradecem sua boa disposição e bem-estar ao Rastinon.

Entre mais de 1.000 combinações testadas até agora Rastinon apresenta aquele conjunto feliz de propriedades farmacológicas, que possibilitam uma terapia permanente e sem perigo do diabetes.

Segurança
do efeito hipoglicemiante
e uma tolerância até hoje
não atingida por qualquer
outro antidiabético oral.

Os médicos e diabéticos obtêm assim a certeza tranquilizadora da maior garantia possível na terapia com

RASTINON®
HOECHST

PARBWERKE **HOECHST AG**



General Sales Offices & Branches **FRANKFURT (M) - HOECHST**
(Alemanha)
Representantes
HOECHST DO BRASIL Químicos e Farmacêuticos S.A. - Rua de Santos C.P. 100

© Marca registrada

o radium é a homogeneidade da dose nos grandes hemangiomas.

Os maus resultados no tratamento dos angiomas em geral são devidos a:

- 1) Demora em iniciar o tratamento;

- 2) escolha do método de tratamento. Por exemplo, os raios β e a neve carbônica não devem ser empregados nos hemangiomas cavernosos, profundos.

DEPARTAMENTO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA

Sessão em 9 de junho de 1959

Presidente: Dr. Linda Nahas

Aspectos do proteinograma no mieloma múltiplo. Dr. H. C. Sampaio Corrêa. — Foram apresentados 5 casos de mieloma múltiplo, cujas alterações protéicas reveladas pela electroforese foram discutidas. Ressaltou-se o valor do aparecimento, no traçado electroforético, de uma curva (situada em geral na região de γ ou β) caracterizada por um pico elevado muito

estreito com uma base pequena, decorrente do aparecimento no sôro de uma proteína anômala, relativamente homogênea. Foi estudada a contribuição que esse elemento traz, não só para diagnóstico do mieloma, como também para o diagnóstico diferencial como outras moléstias que apresentam disproteinemias e plasmocitose.

DEPARTAMENTO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL

Sessão em 4 de junho de 1959

Presidente: Dr. José de Oliveira Coutinho

Sobre os flebótomos do Território do Amapá, Brasil. Dr. O. P. Forattini. — O autor relata os resultados a que chegou, nas investigações entomológicas levadas a efeito em locais endêmicos de leishmaniose tegumentar do Território do Amapá, durante o período de dezembro 1958 a abril 1959. Foram encontradas, como mais

abundantes, as seguintes espécies: *P. amazonensis*, *P. squamiventris*, *P. davisi*, *P. ylephiletor* e *P. paraensis*. Ainda no decurso dessas investigações teve oportunidade de observar dados que permitem suspeitar fortemente do papel do *P. squamiventris* na transmissão local da leishmaniose tegumentar.

DEPARTAMENTO DE MEDICINA DO TRABALHO

Sessão em 26 de junho de 1959

Presidente: Dr. Aloysio Ferreira de Camargo

Ruído na indústria. Sua avaliação e prevenção de seus efeitos nocivos sobre a audição. Drs. Adelmo Mello Souza Leão e Lellis Cardoso. — Cresce a Capital de modo gigantesco em todos os sentidos. Movimentam-se os veículos leves e pesados, intensificam-se os meios de propaganda espalhando altifalantes, rádios em cada

canto. Trabalham os martelos pneumáticos na abertura do solo e, simultaneamente, o ruído vai-se avolumando no meio desse turbilhão, pondo em detrimento, não raras vezes, o órgão receptor de som, tão pequeno, sensível, tão importante, bem como prejudicando sensivelmente a saúde e higiene mental.

Numa simples exposição como esta, o tempo, entretanto, será insuficiente para tratar do problema dos ruídos industriais, que não é fácil, mas também não se apresenta insolúvel. Trataremos do assunto em geral nos seus tópicos principais.

Certamente, melhor diríamos, não haver somente um problema de ruído industrial, mas sim um conjunto de muitos problemas que, necessariamente, precisam ser esclarecidos e estudados cada um separadamente para as possíveis soluções do assunto.

Reportemo-nos, por exemplo, ao fator humano, às diferenças individuais em face do ruído ambiente, às considerações psicológicas e psicofisiológicas, à maior ou menor adaptabilidade do trabalhador no ambiente ruidoso; à capacidade auditiva, influência da idade, tempo de exposição ao ambiente ruidoso, disposição das máquinas e fontes de ruídos, ritmo ruidoso, ruídos de impacto, trepidação, etc.

Ao considerarmos o ruído industrial, dois aspectos são intimamente ligados: o trabalhador e o ambiente de trabalho. É sabido que o trabalho é um processo psicofisiológico, no qual prepondera o fator psicológico, entrando em jogo memória, atenção, imaginação, habilidade motora, destreza, que podem ser seriamente alteradas uma vez postas em ação num local de ruído excessivo.

No campo dos ruídos industriais, um dos itens que merece consideração especial é o que se refere "à perda de audição ocupacional e a consequente compensação do trabalhador". Perda esta relacionada não a um único tipo de acidente de trabalho, mas sim a um trabalho desenvolvido contínua ou prolongadamente em ambiente ruidoso. É bem conhecido o caso de Slawinski, da firma Williams & Co., que trabalhou em uma metalúrgica, nos martelos pesados, durante muitos anos. A operação era executada num ambiente cujo ruído atingia nível superior a 100 db. Perdeu ele a audição na ordem de 45% do ouvido esquerdo e 43% do ouvido direito. Este fato chegou às barras da Justiça, com a finalidade de beneficiar o trabalhador de modo com-

pensador, baseado em um dano de audição motivado por exposição injuriosa em um ambiente de trabalho ruidoso. Seis meses após, outro caso foi decidido pela Corte de Apelação, e se referia a Rosati, da firma Despatch Shop Inc., motivado por um dano permanente de audição em ambiente ruidoso, cujo trabalho era executado em martelos rebitadores. Mais outros casos são mencionados: um se refere a Russo, da firma Despatch Shop Inc., por dano permanente de audição, e outro é Gabor, em The American Magnesium Co., por incapacidade permanente em ambientes de zumbidos retinentes no ouvido, motivados pelo deslize de limas rotativas.

Para estudar tão palpitante questão foi constituído um comitê de técnicos especializados (Workmen's Compensation Board). Os casos mencionados provocaram pesquisas amplas em muitos locais de trabalho, com o escopo principal de aquilatar o problema e dar-lhe solução adequada.

Outra pesquisa, intitulada "Perda auditiva em relação ao ruído", foi estudar este problema tomando por base informações colhidas em grande número de trabalhadores das grandes organizações, agências, fábricas, oficinas, usinas, indústrias. As investigações preliminares tendo como ponto de partida a interpretação audiométrica, vieram demonstrar que muitas operações produzem níveis de ruídos de 90 a 130 db. Surgiu, então, a necessidade de se estabelecerem padrões razoáveis de níveis de ruídos industriais para as diferentes operações.

A pesquisa atingiu os diferentes níveis em decibels, e a duração do trabalho em ambientes ruidosos. O Departamento de Saúde dos Estados Unidos da América do Norte, tomando a si a incumbência de investigar esse problema, iniciou-o com um levantamento audiométrico em quatro cidades. Os estudos se estenderam em diferentes tipos de trabalho: na indústria metalúrgica, de móveis, escovas, calçados, tecidos, linhas, lãs, gráfica e outras atividades profissionais, cujas horas de trabalho atingiam a quarenta semanais. Foi selecionado

um grupo de 600 trabalhadores cujas tarefas eram realizadas em ambiente ruidoso e cujas provas audiométricas foram feitas periodicamente de três em três meses.

Timbre sonoro, intensidade de som, fonte de som, localização, níveis máximos e mínimos, foram minuciosamente pesquisados. Após a realização desta pesquisa científica, a Comissão apresentou duas importantes questões preliminares: a) Em que circunstâncias o ruído industrial representa problema auditivo a ponto de ser considerado "perda ocupacional"? b) Qual o nível (em decibel) que constitui um prejuízo ocupacional.

Como vemos, essas questões parecem fáceis à primeira vista, mas envolvem uma série de pesquisas complementares elaboradas rigorosamente.

As respostas a tais questões são as seguintes: certas pessoas são mais suscetíveis do que outras às consequências auditivas; quanto mais uma pessoa for exposta ao ruído ambiente, mais estará sujeita à perda auditiva. A exposição durante muitas horas a um ruído de 100 a 120 db levará o trabalhador a graves consequências; mais abaixo, porém, de 90 a 100 db, o dano está em relação à maior permanência do trabalhador no local ruidoso. O tratamento acústico ambiente (assoalho, paredes, tetos, isolamento de máquinas) deve merecer cuidados especiais.

A relação do ruído industrial com a perda auditiva, como vemos, vem desde há muito despertando grande interesse; conferências, simpósios, debates e estudos realizados nos EUA evidenciaram que o problema existe e precisa obter solução. Nossa Capital, que é o maior parque industrial da América do Sul, apresenta o mesmo problema. Devemos, portanto, basear-nos na experiência daqueles que, através de trabalhos de equipe, procuram dar solução ao problema do ruído industrial.

A adaptação do trabalho ao homem, possibilitando o maior conforto, necessariamente reverterá em maior produtividade e bem-estar. Urge, portanto, dotar as indústrias com meios acústicos adequados, evitando a di-

fusão de ruído que é pernicioso, opondo-se à saúde e higiene mental, com sua enorme causal de consequências maléficas.

Destacaremos cinco itens que são realmente de maior relevância e mais adaptáveis ao nosso meio, e que foram apresentados pelo Committee of Consultants on Occupational Low of Hearing.

1) Quê efeito produz o ruído contínuo ou esporádico? O trabalho diário no ambiente ruidoso exposto a intensidade danosa, sem dúvida, causará mais perigo à audição do que o ruído ocasional com a mesma intensidade. As pancadas produzidas por uma prensa, por um martelo-pilão, por exemplo, são ruídos esporádicos, instantâneos, e provavelmente mais prejudiciais do que sons contínuos de intensidade mais baixa. O tempo dispendido neste mister é menor do que 2 ou 3 mseg. Pouco se sabe nesse sentido, mas as observações têm demonstrado muitas perdas auditivas provenientes de explosão, principalmente de armas, nas alvoradas, salvas, etc.

2) Quê teste se deve empregar para melhor aquilatar o grau de compensação do trabalhador, em face do trabalho no ambiente ruidoso? O "sound level meter" é um aparelho que se tornou largamente usado no campo industrial. Outros instrumentos podem ser adaptados ao "sound level meter", considerando-se que a compensação do trabalho ocupacional varia com o tipo de indústria, com as operações a executar, com os níveis de intensidade, com a decibelometria. Para a mensuração de ruídos intermitentes e esporádicos, emprega-se a média de "peaks" ou máximos por causa de inércia ou latência do medidor. Adapta-se um osciloscópio especialmente calibrado com filtros para esse tipo de medida, permitindo, assim, julgar uma faixa de oitavas nas quais se concentra maior energia sonora.

3) Quê se dirá quanto à idade? Sabemos que há declínio de audição com a idade, mesmo em pessoas que não estejam expostas ao ruído indus-

INSTITUTO RADIOLÓGICO "CABELLO CAMPOS"

Radiodiagnóstico e Radioterapia

***Diretor:* Dr. J. M. CABELLO CAMPOS**

(Do Colégio Brasileiro de Radiologia)



RUA MARCONI, 94 - 2.º andar — Telefone 34-0655
SÃO PAULO

EL DRENAJE EN CIRURGIA

E

SEMIOLOGIA DEL CANCER DEL COLON Y DEL RECTO

Trabalhos do Prof. DOMINGOS PRAT, Professor Emérito da Faculdade de Medicina de Montevideo, constituem duas publicações de real interesse para a classe médica.

Cr\$ 150,00 e Cr\$ 200,00



Os interessados na aquisição dessas obras podem dirigir-se ao

SANATÓRIO SÃO LUCAS

Rua Pirapitingui, 80

trial. Na grande maioria, o declínio "normal" de audição durante as primeiras décadas da vida se limita à perda dos sons agudos, não atingindo, portanto, a gama da compreensão da fala. A partir de então é que principia, gradativamente, a atingir a frequência correspondente aos sons empregados na fala comum.

4) E sobre a proteção auditiva? Assim como os óculos protegem a vista, e evitam maiores prejuízos, muito teremos que fazer para preservar o ouvido dos danos, tempo-

rários, permanentes ou conseqüências mais graves.

5) Que se dirá da perda de audição para as frequências altas ou frequências da fala comum? A Comissão apurou ser nas frequências da fala que o aspecto da função auditiva se apresenta com maior importância, pôsto que aí reside um fator magno, por ser a fala elemento socializador por excelência, na comunicação dos povos, na transmissão dos desejos e emoções e nas atividades econômicas e sociais da vida diária.

Sessão em 8 de junho de 1959

Presidente: *Dr. Aloysio Ferreira de Camargo*

Pneumoconioses. Dr. Theodore Hatch. — Vários fatores importantes são levados em conta na gênese das pneumoconioses: natureza, tamanho, conceituação das partículas no ar, maneira como as partículas vão do ponto onde são produzidas até a narina dos operários (à custa das correntes de ar), velocidade de sedimentação, por efeito da paridade (as partículas maiores se depositam mais rapidamente); retenção das partículas nos pulmões (a deposição é máxima para as partículas de 1 a 2 μ ; nos alvéolos, a retenção é elevada para partículas muito pequenas, de 0,5 a 8 μ); remoção das partículas (são removidas rapidamente do tracto respiratório su-

perior, ao fim de 6 horas; a remoção dos alvéolos é lenta e depende do tamanho e da natureza da poeira; a remoção depende também da distensão e contração dos pulmões, a imobilidade dos pulmões levando ao desenvolvimento das pneumoconioses). Em suma, da gênese das pneumoconioses interessa a poeira que permanece imobilizada nos pulmões e, para evitá-la, é necessário um esforço integrado das ciências biológicas e de técnica, para manter mínima a exposição e em ótimo estado o aparelho respiratório. Da integração entre os dois campos do conhecimento resulta o êxito da atividade em saúde ocupacional.

DEPARTAMENTO DE NEUROPSIQUIATRIA

Sessão em 11 de junho de 1959

Presidente: *Dr. Dante Giorgi*

Aspectos psicogênicos em Dermatologia. Dr. M. Robortella. — O autor apresenta os aspectos teóricos do problema para relatar em outras comunicações o resultado de suas observações feitas no Ambulatório de Dermatologia da Escola Paulista de Medicina.

Tecendo considerações históricas, refere Sydenham (1681), que considerara o edema angioneurótico entre

as "doenças histéricas". Refere-se também aos dermatologistas Brocq e Jacquet, que criaram, em 1891, o termo neurodermite para designar uma forma de eczema crônico. Em época contemporânea salientam-se Stokes, Cormia, Dunbar, Wittkover, Macalpine e Obermayer, autor de um livro inteiramente dedicado ao assunto (*Psychocutaneous Medicine*).

Quanto ao aspecto fisiopatológico, o autor salienta as estreitas conexões entre as emoções e as alterações cutâneas (variações na temperatura, no fluxo sanguíneo, na secreções sudorípara e sebácea); estas manifestações habituais refletem a estreita relação existente entre os fenômenos psíquicos e fisiológicos, evidenciando que, em toda a reação aos estímulos mais diversos, temos que considerar como indissolúvel unidade biológica as respostas psíquica e somática. Pode-se, portanto, admitir uma base biológica para as manifestações psicossomáticas da pele.

No tocante à classificação das dermatoneuroses, o autor, apesar de seguir a de Obermayer, não aceita o grupo denominado por este último de verdadeiras dermatoneuroses (eritrofobia, hiperidrose, sífilofobia, escoriações neuróticas, dermatite factícia, tricotilomania, etc.), pois vê nessas

entidades clínicas mais uma manifestação de um dos sintomas de uma verdadeira neurose ou psicose, do que alterações cutâneas decorrentes de distúrbios emocionais. No segundo grupo estão as dermatoses que devem despertar mais o interesse do psiquiatra. Neste grupo são considerados: liquen plano, alopecia areata, neurodermatite, disidrose, urticária e os pruridos. A propósito de cada entidade o autor expõe os conceitos de autores de formação psicanalítica e não psicanalítica, todos, porém, unânimes em salientar a importância das emoções neste grupo de dermatoses. Alguns põem em evidência a simples relação entre um estado emocional agudo e a eclosão da dermatopatia, outros atribuem a fatores psicológicos profundos a causa da afecção.

Em conclusão, o autor salienta o papel da pele como órgão de expressão de impulsos sexuais e agressivos.

DEPARTAMENTO DE OFTALMOLOGIA

Sessão em 18 de junho de 1959

Presidente: *Dr. Jorge Cavalheiro Willmersdorf*

Lesões cutâneas e segmento externo ocular. Dr. Argemiro Rodrigues de Souza. — O autor inicia sua exposição estabelecendo diferenças essenciais entre as condições anatómicas das pálpebras e as do resto do tegumento cutâneo: a finura da pele, a frouxidão do tecido areolar, a fragilidade da membrana basal, a ausência do pânículo adiposo explicam a facilidade com que se verificam edemas, inflamações e extravasamentos sanguíneos nessa região. Do mesmo modo, a constituição especial das margens palpebrais com cílios, glândulas sebáceas, glândulas sudoríparas de Meibomius e de Moll, torna-se um fator capaz de determinar particular patologia palpebral. Em seguida, faz um relato esquemático de todas as dermatoses que podem atacar o segmento externo ocular, a começar pelas piodermites.

Piodermites — Hordéolo e blefarite marginal produzidos pelo estafilococo; impetigo, estrepto ou estafilocócico, e

o ectima, lesão mais profunda, sicose vulgar, que produz blefarite ulcerativa; dermatite infecciosa eczematóide, produzida pelo estafilococo oriundo de um hordéolo ou blefarite marginal e produzindo conjuntivites e ceratites; erisipela dando ceratoconjuntivite membranosa e gangrenosa; difteria, com seus característicos sinais, secundária à ocular e nasal.

Moléstias das glândulas sebáceas — Meibomites suscetíveis de produzir conjuntivites; dermatite seborréica, de escamas cinzentas aderentes às margens palpebrais e capaz de produzir ceratites; rosácea, três vezes mais comum nas mulheres, capaz de produzir blefaroconjuntivite e ceratite.

Grupo eczema — Dermatite atópica se verifica nos alérgicos, por herança, desencadeada por irritantes, provoca conjuntivites e por fim catarata; dermatite de contato (sabão, plantas, drogas, cosméticos, produtos industriais).

Dermatoses por fotossensibilidade — Xeroderma pigmentosum com degeneração carcinomatosa das placas verrucosas que se podem formar nas pálpebras; hidroa vaciniforme de Bazin, que se verifica na infância e desaparece na puberdade, produzindo lesões palpebrais, ceratite e conjuntivite; dermatite aguda solar, suscetível de provocar conjuntivites e ceratites.

Dermatomicoses — As epidermomicoses são raras nas pálpebras (finura da camada córnea); as epidermofitides podem ali surgir; a criptococose, moléstia rara, que todavia pode aparecer nas pálpebras ao lado de neurite óptica e meningite; o *Rhinosporidium seeberi* pode atacar as pálpebras (caso do Prof. H. Cerruti); blastomicose atacando sob forma de pápulas, pústulas, nódulos vegetantes e lesões ectimatifórmes; esporotricose, com o clássico cancro e linfangite e em forma pustulosa isolada ou placas verrucosas; actinomicose pode afetar as pálpebras com suas clássicas lesões duras, lenhosas, com vários orifícios fistulosos; a monilíase pode também atacar as pálpebras sob a forma pápulo-escamosa ou vesiculosa, com rara conjuntivite.

Viroses — Herpes simples, que ataca a córnea e pálpebras; o herpes zoster, mais grave, atingindo o ramo oftálmico do trigêmeo, com edema palpebral e ceratite grave; a verruga, que se assenta na margem da pálpebra e, daí, conjuntivite e ceratite epitelial; molluscum contagiosum, de lesões umbilicadas nas pálpebras, dando ceratite, conjuntivite e raramente nódulos corneanos; sarampo, com sua conhecida erupção morbiliforme dando fotofobia, conjuntivite catarral e até panofthalmia; vacina por auto-heteroinoculações atacando as pálpebras e produzindo ceratite disciforme; varíola, com suas pústulas características, estado geral grave, pústulas palpebrais, ceratite e às vezes cegueira; alastrim, erupção mais benigna, da qual o autor teve oportunidade de acompanhar uma epidemia no Sanatório Pirapitingui; a erupção variceliforme de Kaposi ataca as pálpebras e corneas; linfogranuloma venérea, com sua adenite inguinal tórpida, cancro fúgax,

e dando conjuntivite, ceratite, uveíte ou neurite.

Pigmentações — Medicações oculares por sais de prata ou mercúrio, resultando argíria ou hidrargíria; pigmentações solares, pelos raios X, xeroderma pigmentosum, líquen plano e eritrose peribucal e pigmentar de Brocq.

Doenças parasitárias — *Phthirus pubis* dos cílios, com blefarite; triquinose, tumores duros cutâneos e lesões oculares com inchaço das pálpebras e conjuntivites; cisticercose, primitiva ou secundária, dando amaurose parcial; miíase, que ataca crianças, doentes crônicos, caquéticos, leprosos, com lesões graves das pálpebras ou conjuntivas; leishmaniose, forma nodular e ulcerosa também suscetível de atingir as pálpebras, dando conjuntivite secundária.

Tumores — Esclerose tuberosa de Bourneville, com a tríade sintomática: adenoma sebáceo, epilepsia e lesões oculares. Moléstia de Recklinghausen, cujos neuromas plexiformes podem atacar as pálpebras. Moléstia de Sturge-Weber: angioma cutâneo e das meninges, sinais neurológicos e glaucoma. Hidradenomas das pálpebras, bem estudados por Cerruti e Alayon em nosso meio; pequenos tumores de coloração mais clara que o xantelasma. Milium ou grutum, que predominam na pálpebra inferior, citados pelo autor em recente estudo sobre displasia ectodérmica congênita (a ser publicado). Epiteliomatose múltipla, secundária a ceratose senil e melanoma metastático, êste com repercussão sobre íris, corpo ciliar e coróide.

Colagenoses — Lupus eritematoso fixo e exantemático agudo, dando conjuntivite, retinite e lesões eritematosas com edema das pálpebras. Dermatomiosite, com inchaço das pálpebras, conjuntivas e hemorragia retiniana. Esclerodermia em gótas, em faixa ou generalizada, onde pode ser observada a catarata juvenil (síndrome de Werner). Periarterite nodosa com suas lesões nodulares ulcerosas e lesões visuais, dando também retinite e úlceras da córnea.

Avitaminoses — A deficiência de aminácidos, produzindo dermatite es-

UM NOVO NEUROLÉPTICO

NEOZINE

7044 R P

Levo-metóxi-3 (dimetilamino-3' metil-2'
propil)-10 fenotiazina

CLÍNICA GERAL

AFEÇÕES ALÉRGICAS: asma, corizas estacional e espasmódica, pruridos, urticária, edema de Quinke, doença do soro.



DISTONIAS NEUROVEGETATIVAS: distúrbios hepatovesiculares, cardiespasmos, insônias, soluços, náuseas e vômitos.



ALGIAS REBELDES: dores cancerosas, tabéticas, reumáticas, zosterianas, pós-operatórias e outras.



PEDIATRIA: neurotóxicos do lactente. Vômitos habituais do lactente, do coqueluche, da cetonemia. Encefalites pós-infecciosas. Laringites agudas.



APRESENTAÇÕES

COMPRIMIDOS - frascos de 20 e de 250 a 5 mg de base ativa.
GOTAS - frasco de 10 cm³ de solução a 4% de NEOZINE.



A marca de confiança

RHODIA

Caixa Postal 8095 - São Paulo, SP

foliativa e uma distrofia corneana por falta de valina. Avitaminose A, produzindo ceratose pilar, lichen spinulosum e talvez moléstia de Darier e também lesões junto ao limbo (manchas de Bitot) ceratomalacia. Arriboflavinose, com lesões nos cantos da boca e dissebácea de Urbach e também fotofobia, ceratite e fadiga visual.

Sífilis — A lues ataca o aparelho ocular em todos os seus períodos, desde o protossifiloma às lesões terciárias. A ceratite intersticial surge nos períodos secundários e terciários. Ao fim de 8 anos, lesões neurológicas com atrofia óptica e surdez. Podem aparecer coriorretinite, oftalmoplegias, irite e gomas da íris.

Pênfigos — O que mais nos diz respeito é o pênfigo foliáceo, pênfigo tropical ou fogo selvagem, se bem que os demais, de incidência mais rara, também mostrem lesões oculares. Francisco Amendola foi o primeiro a chamar a atenção para as lesões irianas e do cristalino em um estudo por ele realizado em 240 doentes do Hospital do Pênfigo; mostrou lesões palpebrais produzindo fibrose e entrópio, lesões corneanas constituídas por bó-lhas, infiltrações e panos; nas lesões irianas descreveu o "sinal de esponja sangüínea", chamado depois de sinal de Amendola, formado por lesões degenerativas; viu também a catarata sindermatótica na fase crônica pigmentar, na caquética, em regressão, com formas frustras em cerca de 12 doentes. A catarata tem a forma de uma célula nervosa ganglionar.

Brucelose — Lesões cutâneas constituídas por eritemas, pápulas, nódulos, eritema nodoso, ou ulcerações. Os olhos são os primeiros às vezes a ser atacados: irites, coroidites, oftalmoplegias e neurite óptica.

Tuberculose e tuberculides — Lesões da pele: complexo primário, tuberculose verrucosa, escrofuloderma, lupus vulgar, tuberculose miliar da face, tuberculide rosaceiforme de Lawandowsky, eritema indurado de Bazin, tuberculide pápulo-necrótica. A lesão ocular mais comum, sem contar as palpebrais, é a conjuntivite, onde podem ser encontrados bacilos.

Sarcóide de Boeck — Em 50% dos casos há lesões óculares, constituídas

por ataques às pálpebras sob forma de máculas, pápulas ou nódulos. Pode-se observar a síndrome de Mickulicz ou enfartamento das glândulas parótidas, submaxilares e gânglios cervicais.

Lepre — As formas polares e a incompleta atacam o segmento externo ocular. A forma lepromatosa, em 65% dos casos, segundo Mendonça de Barros, ataca o segmento anterior como a conjuntiva, episclera, esclera e córnea, sendo muito comum a ceratite punctata superficial crônica e depois a intersticial. O cristalino é atacado secundariamente, e pode ser verificado o depósito calcáreo. As iridociclites agudas, de sintomas cruciantes, são as mais graves, felizmente hoje de verificação pouco comum devido à medicação pelas sulfonas.

Leucemias — Lesões palpebrais sob forma de máculas ou pápulas e ainda tumores, como na micose fungóide ou eritrodermia pré-micótica. Lesões oculares constituídas por hemorragias pré-retinianas e edema da papila.

Tesaurismoses — Xantelasma das pálpebras, que pode aparecer com o xantoma tuberoso dos cotovelos. Existe também o xantoma disseminado, muito bem estudado em nosso meio por Luís Dias Patrício. A forma hipercolestérica é familiar e aparece em qualquer idade. A maior parte dos indivíduos com xantoma apresentam arco senil ou juvenil. Moléstia de Hand-Schüller-Christian, que produz grave exoftalmia associada a lesões ósseas cranianas.

Lipidoproteínose de Urbach-Wiethe — Mostra o autor uma monografia publicada por ele e Luís Dias Patrício nos Anais da Faculdade de Medicina da USP, em torno de dois casos, em tia e sobrinha. Estes mostravam lesões palpebrais, micronodulares, principalmente na borda marginal, formando uma coroa de lesões de coloração amarelada ou cinzento-amarelada. As mesmas lesões eram verificáveis também ao redor da boca, nariz e em torno dos órgãos genitais.

Outras dermatoses — Três variedades de eritema polimorfo que atacam os olhos: moléstia de Steves-

Johnson, ectodermose erosiva pluriorifical e moléstia de Behcet. Esta última produz uveíte e tem caráter recidivante. Na moléstia de Steves-Johnson verifica-se uma conjuntivite membranosa e purulenta ao lado de sinais cutâneos bolhosos e papulosos agudos, com estado geral grave. A ectodermose erosiva pluriorifical é de início agudo, com erupção variceliforme, ao lado de balanite, conjuntivite, estomatite, uretrite, vaginite, rinite e retite. A estomatite é pseudo-membranosa e pode atacar a epiglote.

Moléstia de Vogt-Koyanagi ou de Harada — Uveíte crônica, irite, glaucoma secundário, poliose, vitiligo e alopecia que pode ser areata.

Moléstia de Reiter — Tríade sintomática: artrite, uretrite e conjuntivite. Esta vem acompanhada de edema e secreção purulenta, irite, ceratite ou iridociclite. Lesões cutâneas: pústulas, eflorescências papulosas ou maculosas e exantemas urticariformes. Não é rara a doença, pois até 1956 foram publicados 750 casos.

Alopecia areata ou pelada — Ataca as pestanas e sobrancelhas e vem sempre acompanhada de lesões do couro cabeludo ou da barba.

Psoríase — Na pele, lesões eritematosas, às vezes eczematizadas, que podem atacar as pálpebras e a córnea, resultando conjuntivites e ceratites.

Artrite reumatóide — Lesões cutâneas constituídas pelos nódulos de Meynert e eritemas podendo produzir alterações para o lado do segmento ocular anterior.

Albinismo — Observa-se completa perda do pigmento cutâneo e do pig-

mento da íris e coróide, acompanhada de aplasia da macula lútea, com pobreza da visão e nistagmo. Podem ser notados: miopia, estrabismo e catarata.

Ictiose — A hiperkeratose ataca as pálpebras e prejudica o crescimento dos cílios e há casos em que se verificam ectrópio, lagofthalmia e ceratite. Líquen plano — Pode atingir as pálpebras e conjuntivas e assumir dermatologicamente aspectos clínicos multiformes.

Pitíriase rubra pilar de Devergie — A respeito, Humberto Cerruti observou e publicou um caso muito interessante desta doença, considerada por inúmeros autores como uma avitaminose. Apresenta-se de aspecto rugoso, pela coalescência das pápulas foliculares, formando placas extensas e pigmentação, assim como ceratodermias. Produz conjuntivite papulosa e ceratite intersticial.

Acantose nigricans, da qual o autor e o Prof. L. M. Becheli, observaram um caso rico de sintomas, com numerosas lesões pediculadas pigmentares nas pálpebras.

Blefarocálase — Doença aparentemente limitada à pele das pálpebras superiores, chegando a interferir na visão. Às vezes, se observam edemas palpebrais.

Eritema nodoso — Pode vir seguido ou acompanhado de conjuntivite e esclerite. É uma síndrome de etiologia variada: lepra, tuberculose, Nicolas-Favre, brucelose, etc. As lesões cutâneas são caracterizadas por nódulos hipodérmicos flegmáticos, dolorosos, nas pernas, coxas e até nos membros superiores.

DEPARTAMENTO DE OTORRINOLARINGOLOGIA

Sessão de 17 de junho de 1959

Presidente: Dr. Nelson Alvares Cruz

Obturadores anatômicos para laringe (Nota prévia). Drs. Plínio de Mattos Barretto e Salvador Francisco Magaró. — Os autores anunciam os primeiros resultados obtidos com a aplicação de obturadores anatômicos em vários casos nos quais era neces-

sário isolar as vias aéreas inferiores, das superiores.

Os dilatadores, que são fabricados com acrílico e obtidos de moldes retirados de cadáveres dos sexos masculino e feminino de diferentes idades e estaturas, também já foram utili-

zados com grandes vantagens nas operações de laringectomia parcial, nas quais, além de obstrução da laringe, havia vantagem de uma plástica imediata com enxerto de pele livre, bem como em pacientes nos quais era necessária uma reabilitação da deglutição. Referiram-se ainda a alguns casos de cirurgia do esôfago e da faringe, cujo pós-operatório melhorou extraordinariamente após a colocação dos obturadores. Com a laringe obstruída, os pacientes se beneficiam com a alimentação pela boca e por ficarem com as vias aéreas protegidas.

Obturadores estão sendo preparados para ser usados nos casos em que há necessidade de isolamento das vias aéreas inferiores, superiores e das digestivas, para evitar inundação brônquica e o emprêgo da respiração assistida.

Todos aqueles que sabem dos percalços que trazem os "cuffs" de borracha, aplicados sobre a cânula traqueal, bem podem avaliar as vantagens dos nossos obturadores, que são mais higiênicos, de material que não se estraga e que não irrita os tecidos, exceto nos raros casos de alergia aos acrílicos.

Via transiódica para a ressecção da tireóide na base da língua (Nota prévia). Dr. Plínio de Mattos Barretto. — O autor, depois de ter experimentado diversas outras vias de acesso para a ressecção da tireóide da língua, chegou à conclusão de que a via transiódica é a que maiores vantagens oferecia. Depois de ter ensaiado a faringotomia lateral de Trotter, a via endoscópica (operação realizada com o laringoscópio de suspensão), experimentou, com satisfação, a via subiódica e depois metodizou a via transiódica.

A técnica é semelhante àquela já muito conhecida e usada para a ressecção dos cistos e fístulas do canal tireoglosso, com a diferença de que o corpo do osso hióide não é removido, mas simplesmente seccionado na linha mediana. Em linhas gerais, a técnica consiste nos seguintes tempos: 1) Incisão transversal da pele na altura do osso hióide; esta incisão interessa pele, tecido celular subcutâneo e platísmo. 2) Secção do osso hióide na linha mediana e secção das inserções da membrana tireóide nas duas metades do osso hióide e dos seus grandes cornos. 3) Afastamento dos mioiódicos e geniíódicos também na linha mediana. 4) Isolamento da glândula ectópica com dissecação romba, ao mesmo tempo que se faz o progressivo pinçamento, ligadura ou coagulação dos vasos de sua cápsula; este isolamento pode ser conseguido sem abertura da mucosa, da língua ou da faringe. 5) Colocação de um fino dreno de Penrose. 6) Fechamento da ferida operatória plano por plano.

Esta via, que é muito simples, permite a ressecção da base da língua praticamente sem sangramento e com excelente resultado estético e funcional.

Tratamento dos tumores da região parotídea. Drs. Jorge F. Barbosa e Josias de Andrade Sobrinho. — Os autores apresentam sua casuística composta de 77 casos, tecendo considerações sobre a incidência e a diferenciação entre tumores benignos e malignos e os resultados imediatos. Frisam a grande incidência dos tumores malignos no seu material (67,5%). Terminam mostrando as complicações pós-operatórias e a percentagem de cura nos seus casos (75%).

ESTUDOS CIRÚRGICOS

6 volumes

Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO



novos rumos da **Antibioticoterapia**
com a associação sinérgica de
Colistin e Penicilina

onde o COLISTIN se destaca por sua marcante
atividade contra germes gram-negativos — Coli,
Hemófilos, Shigelas, Salmonelas, Aerobacter,
Klebsiela, Pseudomonas e Proteus — e produtos
de PENICILINASE,

reconquistando para a **Penicilina** sua atividade primitiva

COLICILILIN

Associação de amplo espectro anti-bacteriano

Não enseja resistência

Tolerância perfeita

Ausência de efeitos secundários

Indicações: *Preventivamente no pré e pós-operatório e no tratamento de todas as infecções por germes Gram-positivos e Gram-negativos.*

Apresentação: *Frasco-ampôla contendo:*

Colistin (sob a forma de sulfato) 500.000 unidades

Penicilina G potássica 100.000 unidades

Penicilina G procainica 300.000 unidades

acompanhado de 1 ampôla de diluente com 3 cm³.

Modo de usar: *1 a 2 ampôlas cada 24 horas.*



Laboratório Farmacêutico Internacional S.A.
Rua Lisboa, 890 - Fones 80-2135 e 80-2136 - São Paulo - Brasil

DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA

Sessão em 16 de junho de 1959

Presidente: Dr. José Lopes de Faria

Contribuição ao estudo dos pigmentos do fígado nas necroses agudas. Drs. Bernardo Leo Wajchenberg, Günter Hörter, Ítalo Martirani, Evaldo H. L. Mello, Iria Mariani e Julio Timoner. — Os autores estudam 5 casos de hepatite fulminante, 2 casos de hepatite tóxica e um caso de hepatite benigna. Analisam o material PAS + não glicogênio, e o glicogênio, em fragmentos de fígado obtidos por necropsia ou biopsia.

O glicogênio, presente apenas na hepatite benigna, estava ausente das células íntegras ou necróticas, nas outras formas de necrose, e, quando presente, sempre em situação extracelular.

O material PAS + não glicogênio, sempre em posição intracelular, aparecia como grânulos de centro claro e porção periférica mais escura, correspondendo aos citocôndrios descritos por Opie. Estes grânulos eram solúveis em água, acompanhados geralmente por pigmentos lipogênicos, não correspondiam ao ceróide pelas suas características tintoriais, a acetilação bloqueava a reação de Schiff e, ao microscópio fluorescente, apareciam com aspecto branco-amarelado. Estes grânulos poderiam resultar dos mitocôndrios das células hepáticas degeneradas, pelo desaparecimento dos ácidos nucléicos, tornando-se, então, facilmente demonstráveis os polissacarídes associados.

Estudos electroforéticos em 16 casos de blastomicose sul-americana. Drs. Benjamim José Schmidt e Günter Hörter. — Os autores estudaram os perfis electroforéticos das proteínas, lipoproteínas e glicoproteínas em 16 casos de blastomicose sul-americana, sendo 4 da forma linfática, 1 da forma visceral, e os outros 11 de formas mistas. Todos os casos mostraram profundas alterações protéicas, com queda de albumina e aumento das globulinas λ . As globulinas α esta-

vam normais ou elevadas, especialmente nos casos agudos, as globulinas β sendo normais nos casos agudos e baixas nos casos crônicos. As lipoproteínas, cujo maior parte se encontra na fração β , acompanharam estas modificações, demonstrando valores abaixo do normal nos casos crônicos. As glicoproteínas revelaram aumento das globulinas β em todos os casos agudos, com poucas variações nas outras frações.

Turbidez sérica: estudo comparativo com o lipidograma e ação da heparina. Drs. Evaldo H. L. Melo, Günter Hörter, Iria Mariani, Ítalo Martirani, Bernardo Leo Wajchenberg, Jairo C. Dias, Julio Timoner e Antonio B. Ulhoa Cintra. — Os autores estudaram a turbidez sérica em soros normais e patológicos. Verificaram correlação com a lipídemia total ($r = 0,85$) em 50 soros de jejum, com a seguinte equação de regressão: Lipídemia (mg/100 ml) = $294 + 0,54$ Turbidez.

Comparam a turbidez ao fracionamento electroforético dos lípidos em 20 soros, observando: 1) Ausência de correlação com a lipoproteinemia α . 2) Correlação com a lipoproteinemia β ($r = 0,92$), com a seguinte equação de regressão: Lipoproteinemia β (mg/100 ml) = $168 + 0,47$ Turbidez. 3) Correlação com a quilomicremia ($r = 0,79$), com a seguinte equação de regressão: Quilomicremia (mg/100 ml) = $30,3 + 0,0563$ Turbidez.

A estas correlações assinalam os seguintes fatores de discrepância: 1) soros pós-prandiais; 2) soros envelhecidos ou conservados em geladeira ou congelador.

A diluição de soros hiperlipêmicos (patológicos) com solução fisiológica e imediata medida, permitiu o estudo da curva turbidimétrica (em densidade óptica de 0,03 a 0,96), onde se verificaram três segmentos: porção

mais diluída em progressão aritmética; porção concentrada em progressão geométrica; parte intermediária em diluição — transição entre as fases extremas quanto à função.

Em relação à heparina observaram

que a redução da turbidez sérica acompanha-se de redução da lipídemia total, dentro da faixa de correlação, exceto em um caso de hiperlipemia essencial, no qual houve redução desproporcional da turbidez.

DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA

Sessão em 12 de junho de 1959

Presidente: *Dr. Joaquim da Costa Marques*

Problemas de conduta na infância: aspecto psicoógico. Dr. Noemi S. Rudolfer. — A autora estuda as primárias experiências dos seres humanos em sua seqüência original. Diz ela que a personalidade é, em primeiro lugar, resultado da hereditariedade. Em segundo lugar vem a influência muito decisiva das experiências primárias, de maneira tal que, no sétimo ano de vida, a personalidade está com sua base fundamental lançada.

Estas experiências básicas acontecem na seguinte ordem: 1) a intencionalidade; 2) a oralidade; 3) a anialidade; 4) a uretralidade; 5) a fase de Édipo. Então a criança está apta para amar um objeto fora de si mesma, e o menino ama muito mais sua mãe, enquanto a menina prefere seu pai. Profunda agressividade contra o progenitor do mesmo sexo. Este período declina quando o menino, embora continuando a preferir sua mãe, se identifica com o pai, e a menina com a mãe. Ao começar a infância, aos 7 anos, toda a predominância destas fases passa, e os fundamentos da personalidade do menino e da menina estão lançados. A novidade desta apresentação é que, entre a oralidade e a anialidade, devemos admitir a existência de um período muito significativo, a motricidade voluntária, no qual a criança aprende a adaptar o seu próprio sistema de relação controlada com o mundo aos seus próprios movimentos. Estando apta para apanhar as coisas, apontar e alcançar objetos, andar, ficar de pé, correr, etc., a criança constrói sua vivenda de trato geral com a realidade objetiva, que é, em si própria, a única experiência que não pode ser consi-

derada como parte de outras experiências primárias. Por conseguinte, a autora segue as linhas freudianas em seu trabalho, como psicanalista que é.

Problemas de conduta na infância: aspectos psiquiátricos. Dr. Joy Arruda.

— O autor inicialmente salientou a importância de serem os problemas de conduta na criança, estudados, observados e tratados sob pontos de vista múltiplos, principalmente dos pontos de vista social, psicológico, pediátrico e psiquiátrico, conforme a orientação infantil. Descreve sumariamente as principais síndromes de comportamento mais características, dentre elas a síndrome pós-encefalítica, em seqüência às encefalopatias inflamatórias e traumáticas, e os distúrbios de conduta em que predominam as causas de origem orgânica. Dentre os distúrbios de conduta de origem predominantemente psicógena, estuda os seqüentes a desajustamentos psicóticos, que são os distúrbios primários de conduta (agressividade, turbulência, apatia, furtos, fobias, fugas, fantasias excessivas, enurese, mentira, negativismo, sintomas compulsivos, histéricos, etc.); os seqüentes a desordens psiconeuróticas (neurose fóbica, obsessiva, compulsiva, psicastênica, etc.); os seqüentes a desordens psicopáticas (personalidades psicopáticas, anti-sociais, delinqüência, etc.) e os seqüentes a desordens psicopáticas (esquizofrenias, episódios psicóticos e outras). Termina a exposição reafirmando a necessidade da ação em equipe dos técnicos em pediatria, psiquiatria, psicologia e assistência social para a melhor descoberta dos distúrbios de conduta da criança.

Sessão em 23 de junho de 1959

Presidente: *Dr. Joaquim da Costa Marques*

Diagnóstico de laboratório da moléstia de Chagas na infância. Dr. Rubens Campos. — Fazendo um estudo crítico da bibliografia, o autor conclui que os métodos de laboratório para o diagnóstico da moléstia de Chagas na infância são os mesmos, têm a mesma indicação, o mesmo

valor, a mesma especificidade e são efetuados pela mesma técnica que aqueles usados para o diagnóstico desta doença nos adultos. Pela maior frequência da forma aguda na criança destaca particularmente os processos de diagnóstico preferentemente usados nesta fase.

Sessão em 26 de junho de 1959

Presidente: *Dr. Joaquim da Costa Marques*

Prolapso do reto na criança. Drs. Mario Elias Arra e Primo Curti. — Os autores, baseados em 217 casos de prolapso do reto na criança, teceram comentários sobre a incidência quanto ao sexo, idade, cor, etiopatogenia, quadro clínico e tratamento. Tiveram 70% dos casos no sexo masculino e 70% em indivíduos de cor branca. A causa desencadeante predominante foi a diarreia (98%). Salientaram a importância da infecção e da infestação intestinal como condições pre-disponentes.

Do ponto de vista terapêutico, salientaram que, nos pacientes com até 1 mês de duração de moléstia, o tratamento médico (melhora das condições gerais e do estado nutritivo, combate à infestação intestinal e à anemia) é suficiente; nos pacientes com duração de moléstia acima de 1 mês, além do tratamento médico, deve-se fazer a terapêutica esclerosante com injeções de leite esterilizado. Citaram a técnica e os resultados. Obtiveram a cura de 80% dos casos com a aplicação de 1 a 4 injeções e os restantes 20% com 5 a 8 injeções.

Nos pacientes com menos de 1 mês de moléstia, obtiveram a cura de todos com o tratamento da anemia, infestação e infecção intestinais, não sendo necessário aplicar o método esclerosante.

Obstrução da carótida interna em criança de 3 anos. Apresentação de

caso. Drs. F. P. Neves Filho, M. Grimberg e M. A. Borges. — É apresentado o caso de uma criança de 3 anos de idade, parda e que, ao exame físico, revelou uma hemiplegia flácida direita e sinais de insuficiência cardíaca. Os exames paraclínicos posteriores revelaram tratar-se de miocardiopatia + obstrução espontânea da carótida interna esquerda. A evolução do paciente foi satisfatória, tendo recebido alta com hemiparesia direita e grande melhora do estado geral.

Contribuição ao estudo do valor do BCG. Relação com o teste lepromínico na criança. Drs. Rubens Blasi e Sérgio Franco de Almeida. — Foram testadas pelas reações de Mantoux e Mitsuda, 506 crianças de 1 dia a 10 anos de idade, em área não endêmica à lepra e à tuberculose, divididas em dois grupos. As crianças, anteriormente becegeizadas com doses variadas, foram confrontadas com outras não becegeizadas com doses semanais de acordo com a idade. O trabalho revela que a positividade de Mantoux e Mitsuda é maior no grupo com doses esquematizadas. Um segundo grupo de 30 crianças de 1 a 7 dias foi acompanhado durante o 1.º ano de vida, recebendo parte delas vacina variólica e anatoxina tetânica-diftérica-pertussis; estas vacinas não tiveram influência na positividade das reações de Mantoux e Mitsuda no 1.º ano de vida.

RADIOVITAMINA

*Nas carências vitamínicas e minerais
Nos estados de desnutrição e convalescenças*

ELIXIR

*Cada colher de sopa, de capacidade
média de 15 cm³ contém:*

Cloridrato de tiamina (vitamina B1)	4,00 mg
Riboflavina (vitamina B2)	1,00 mg
Cloridrato de piridoxina (vitamina B6)	1,50 mg
Niacinamida	15,00 mg
Pantotenato de cálcio	1,50 mg
Ácido ascórbico (vitamina C)	150,00 mg
Vitamina A	600 u.U.S.P.
Vitamina D2	100 u.U.S.P.
Glicerofosfato de cálcio	110,00 mg
Glicerofosfato de sódio	80,00 mg
Glicerofosfato de magnésio	75,00 mg
Malte	2500,00 mg
Alcool a 90°	2,5 cm ³
Xarope	2,5 cm ³
Água aromatizada q.s.p. ..	15,0 cm ³

DRÁGEAS

Cada drágea de peso médio de 0,5 g contém:

Cloridrato de tiamina (vitamina B1)	2,5 mg
Riboflavina (vitamina B2)	0,50 mg
Cloridrato de piridoxina (vitamina B6)	0,75 mg
Niacinamina	7,50 mg
Pantotenato de cálcio	0,75 mg
Ácido ascórbico (vitamina C)	75,00 mg
Vitamina A	300 u.U.S.P.
Vitamina D2	50 u.U.S.P.
Glicerofosfato de cálcio	55,00 mg
Glicerofosfato de sódio	40,00 mg
Glicerofosfato de magnésio	37,50 mg
Drageado q.s.p.	500,00 mg

APRESENTAÇÃO: Frascos de 250 cc e caixas com 30 drágeas.

COLICLASE

*Para o tratamento da disenteria bacilar,
nas colítes e enterocolítes*

SUSPENSÃO XAROPOSA

Cada 60 cm³ contém:

Sulfato de neomicina	0,30 g
Ftalilsulfatiazol	3,00 g
Bromometilato de homatropina	0,0015 g
Goma adraganta	0,20 g
Pectina	0,20 g
Carboximetilcelulose	1,20 g
Metilparabeno	0,15 g
Glicerina	5 cm ³
Água destilada	10 cm ³
Xarope simples q.s.p.	60 cm ³

COMPRIMIDOS

Cada comprimido de 0,60 g contém:

Sulfato de neomicina	0,05 g
Ftalilsulfatiazol	0,50 g
Bromometilato de homatropina	0,00025 g
Excipiente q.s.p.	0,60 g

APRESENTAÇÃO: Em frascos de 60 cm³ e em embalagem com 20 comprimidos

LABORATÓRIO PAULISTA DE BIOLOGIA S. A.

DEPARTAMENTO DE TISIOLOGIA E MOLÉSTIAS PULMONARES

Sessão de 2 de junho de 1959

Presidente: *Dr. Decio de Queiroz Telles*

Interesse prático da repetição sistemática da abreugrafia em crianças no período escolar. Dr. Cyro de Lauro Junior. — O autor apresenta dados do Dispensário da Mooca onde, de 12.048 cadastrados em 1.º exame e residentes na zona dispensarial, 4.371 (36,2%) eram menores de 14 anos. Entre 1.375 menores de 5 a 9 anos houve 20 casos (1,4%) de tuberculose primária e, entre 2.191 menores de 10 a 14 anos, foram confirmados 9 casos (0,4%), dos quais 3 primários, 1 NTA I, 1 NTA II e 4 NTA III. Portanto, entre 3.566 menores de 5 a 14 anos, houve 29 casos de tuberculose, ou seja, 0,8%. Analisando estes 29 casos, o autor verificou que 20 (68,9%) eram crianças comunicantes; das 9 não comunicantes, 5 (55,5%) apresentavam sintomatologia clínica.

Em vista disso, o autor conclui: 1) A limitada capacidade do aparelho de raios X foi absorvida em 36,2% por menores de 14 anos prejudicando, dêsse modo, o cadastro de adultos, que são os verdadeiros focos. 2) Foi significativo o alto valor diagnóstico das provas tuberculinicas nos casos de empastamento hilar. 3) A incidência da tuberculose na idade escolar foi relativamente pequena (0,8%, compreendendo espontâneos e sistemáticos, na quase totalidade crianças comunicantes ou que apresentavam sintomatologia clínica). Por essas razões, acha o autor que, na criança, o cadastro torácico pode ser substituído pelo cadastro tuberculínico. Serão abreugrafadas obrigatoriamente as crianças comunicantes, as que apresentarem sintomatologia clínica e as que forem tuberculino-positivas.

Interesse prático da repetição sistemática da abreugrafia em crianças no período escolar. Dr. Durval Z. Amorim — O autor ressalta o valor do teste tuberculínico. Embora a descoberta do portador de tuberculose

pulmonar pela abreugrafia sistemática constitua um dos mais importantes fatores para o combate à doença, o conhecimento do índice de infecção no conceito atual assume também considerável valor e já não deve ser tido como um dado à parte e correlato que exprime a difusão da tuberculose na humanidade; o conhecimento do índice de infecção, resultando de meios de investigação praticamente exatos, veio assumir, nos últimos 20 anos, ao lado da abreugrafia, a liderança no magno problema. Em seguida refere-se a um trabalho de J. A. Myers (Dis. of Chest, vol. 30, de julho 1956) que só acha possível a erradicação da tuberculose nos Estados Unidos da América do Norte mediante o teste de tuberculina, pois considera doente ou potencialmente doente o indivíduo com teste positivo; este é que deve ser controlado por todos os meios e tratado oportunamente. O autor especifica ainda os valores do teste tuberculínico, referido por Myers; importante é o fato dos presentes e futuros medicamentos específicos provarem a sua eficácia e, quando todos os bacilos fôsem destruídos, a sensibilidade à tuberculina deveria reverter à negatividade; ainda mais, o teste determina a magnitude do problema da tuberculose em qualquer grupo humano, pois aqueles que abrigam os bacilos são os que constituem o problema.

O autor afirma que, entre nós, a pesquisa da tuberculose na idade escolar deve ser feita pelo teste tuberculínico e apresenta três razões que confluem e se entrelaçam em defesa do seu ponto de vista: 1) o índice demográfico compreendendo a idade escolar de 5 a 14 anos é mais baixo, conforme o quadro apresentado, do Departamento de Estatística do Estado de São Paulo; e portanto o exame radiológico dêsses indivíduos, representando pequena percentagem

da população, não oferece expressivo interesse; 2) a incidência de sombras pulmonares descobertas pelo exame abreugráfico é também relativamente baixo; apresenta quadros estatísticos de 35.081 pessoas de todas as idades, em plena atividade, o que significa pesquisa abreugráfica ativa (agosto 1943 a agosto 1945); é bem notória a baixa incidência de sombras entre 5 e 15 anos, aumentando sempre em seguida nas idades mais avançadas; entre 5 e 9 anos só há sombras classificadas na *infecção primária* (1,54%) e de 10 a 15 também na *infecção primária* e mais na *reinfeção* (0,99%); em outra pesquisa mais recente (junho 1955 a julho 1957), em 4.737 escolares só foram encontradas 4 com sombras anormais, 2 incluídos na *infecção primária* (arquivos do Instituto Preventivo Roentgenográfico); 3) o índice tuberculínico é também baixo, ao redor de 30% significando baixo índice de infecção e também, a par dos achados abreugráficos, baixa incidência de tuberculose nessa idade.

Conclusão: Não há interesse prático na repetição sistemática da abreugrafia em crianças no período escolar; a abreugrafia deve ser feita para revelar um grande número de outros achados; contudo, somente os tuberculino-positivos é que devem ser controlados sistematicamente (30%).

O autor opina pela execução do teste pelo processo Patch ou Parche de Vollmer, com prévia limpeza e ligeira escarificação da pele à lixa fina, que é mais prático e econômico.

Interesse prático da repetição sistemática da abreugrafia em criança no período escolar. Dr. Mozart Tavares de Lima Filho. — Como todas as medidas profiláticas em tuberculose, o valor da abreugrafia varia de acordo com a situação epidemiológica de cada local. Desta maneira, nossa opinião será válida exclusivamente para a cidade de São Paulo ou, mais especificamente, para o nosso distrito sanitário, correspondendo aos bairros do Ipiranga, Cambuci e Aclimação.

Nossos achados em exames abreugráficos de pré-escolares mostram, nos últimos anos, uma baixa prevalência de imagens suspeitas de tuberculose.

Para exemplo, tomamos, dos nossos relatórios anuais, os achados do ano de 1957. Dois grupos de idade são considerados nestes relatórios: 5 a 9 anos e 10 a 14 anos. Entre 7.255 crianças destes grupos etários, examinadas em primeiro exame, foram encontradas 30 que apresentavam imagem suspeita de tuberculose, todas as formas, uma prevalência de 0,41%. Se considerarmos separadamente somente as crianças classificadas como de exames sistemáticos, veremos que esta prevalência cai, pois, de 5.985, apresentaram suspeitas de tuberculose 20 (0,33%). Delas, 2.239 pertenciam ao grupo de idade 5-9 anos, com 11 suspeitos (0,49%), e 3.749 ao grupo 10-14 anos, com 9 suspeitos (0,24%). Como é do conhecimento de todos os especialistas, a maioria destas imagens não é realmente determinada pela tuberculose, o que se evidencia pelos exames complementares. De 26 crianças enviadas à seção de diagnóstico em 1957, por apresentarem suspeitas de tuberculose à abreugrafia, apenas 10 (38%) tiveram firmado o diagnóstico de tuberculose.

Apesar de ser pequena a prevalência da tuberculose nestes grupos etários, sem dúvida o exame abreugráfico descobriu algumas crianças com tuberculose, o que não pode ser desprezado.

É interessante conhecer o gasto, no momento atual: a) Custo do filme abreugráfico em janeiro 1959 (Divisão do Serviço de Tuberculose), Cr\$ 2.138,40; b) Número de abreugrafias (média) por filme, 360; c) Preço de cada abreugrafia, Cr\$ 5,90; d) Total gasto em filmes para examinar 7.255 crianças, Cr\$ 42.518,00; e) Número médio diário de abreugrafias no Dispensário do Ipiranga, em 1957, 206; f) Número de dias para examinar 7.255 crianças, 35,2; g) Gasto diário em pessoal, só cadastro (5 atendentes a Cr\$ 6.250,00 e 2 técnicos a Cr\$... 7.400,00), Cr\$ 46.050,00; h) Total para 35 dias (tempo para examinar 7.255 crianças), Cr\$ 53.700,00. Somando as parcelas d e h verifica-se um total de Cr\$ 96.218,50. Evidentemente, este é um cálculo baixo, que não inclui outros dados, tais como aluguel do prédio, gasto do aparelho, material de revelação, etc.

Mas existe um dado mais importante do que a despesa, e este fundamental na luta contra a tuberculose. Refiro-me ao fato de que, enquanto o Dispensário ficou examinando estas crianças, ele foi impedido de examinar o mesmo número de adultos, onde realmente estão os casos de tuberculose.

Com referência aos reexames, os dados são ainda mais importantes. Em nossos relatórios não se acham separados os reexames por grupos de idade. Nêles estão incluídas todas as crianças menores de 14 anos. Em 1957, foram examinadas 4.397 crianças, havendo 10 com imagens suspeitas (0,22%). Destas, 2.589 foram consideradas como sistemáticas, tendo 2 delas apresentado imagem suspeita (0,07%).

Concluindo, diríamos que a repetição sistemática da abreugrafia no período escolar é um processo caro para descobrir tuberculose, cujo emprego só se justificaria na ausência de outro método menos custoso e com rendimento igual ou superior.

Por outro lado, na tuberculose da criança o papel do teste tuberculínico é de grande importância, desde que raras são as crianças portadoras de tu-

berculose que não reagem ao Mantoux na concentração 1/1.000. Desta maneira, o teste único nesta concentração assume um papel inestimável na luta antituberculose. Ele deve ser usado para selecionar os indivíduos a abreugrafar. Com esta orientação, examina-se um grupo de indivíduos onde praticamente se encontram todos os casos de tuberculose. Assim atuando, deixamos de abreugrafar uma grande percentagem de crianças.

Para exemplificar, passamos a transcrever os dados de 2.995 crianças dos grupos 5-9 anos e 10-14 anos, examinadas no Dispensário do Ipiranga de agosto a dezembro 1958. Em 828 (27,0%) o teste tuberculínico mostrou-se positivo; 2.288 delas, consideradas como sistemáticas, mostraram os seguintes resultados de acordo com os grupos de idade: 5 a 9 anos — 359 examinados, com 63 positivos (17,5%); 10 a 14 anos — 1.929 examinados, com 550 positivos (28,5%).

Como conclusão: A melhor condução na descoberta da tuberculose na criança em idade escolar, não comunicante, consiste em abreugrafar somente aquelas que se apresentarem positivas ao teste de Mantoux a 1/1.000.

CENTRO MÉDICO DE RIBEIRÃO PRÊTO

Presidente: *Dr. Luiz Tarquinio de Assis Lopes*

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

Sessão de 18 de novembro de 1959

Acidose diabética em criança de 20 meses: tratamento e evolução. Drs. Keiko Marufuji, João Romera e Domingos A. Lomonaco. — Foi feita uma exposição detalhada do tratamento de grave acidose diabética em menina de 20 meses de idade, com história de diabetes datando de apenas 15 dias. Procurou-se salientar e discutir os seguintes pontos: a) necessidade de internação do paciente com acidose ou coma diabético em hospital dotado de laboratório, tendo assistência médica constante durante todo o período de tratamento; b) administração de doses elevadas e repetidas de insulina

simples, injetada por via de absorção rápida (intramuscular); c) cuidado especial com episódios de hipoglicemia, durante o tratamento, nem sempre revelada por sintomatologia clínica evidente; d) uso de glicose em solução a 5%, iniciado de preferência desde o começo do tratamento, com dupla finalidade: refazer as reservas de glicogênio e prevenir crises de hipoglicemia; na vigência dessas crises, usar soluções glicosadas mais concentradas; e) administração de potássio, depois da 4.^a ou 5.^a hora de tratamento, por via oral (caldo de carne) ou intravenosa (cloreto de po-

QUEMICETINA SUCCINATO

CARLO ERBA

O primeiro cloranfenicol hidrossolúvel permitindo qualquer via de administração:

- endovenosa
- por fleboclise
- intramuscular
- endoarterial
- endorraqueana
- tópica, superficial e endocavitária
- endobronquial (por instilação e aerosol)

O antibiótico de maior campo de ação, praticamente isento de toxidez.
A DL_{50} da QUEMICETINA SUCCINATO é de 1000/1500 mg/Kg,
por via endovenosa

(CHECCACCI L., "Minerva Médica", XLIX, 1958)

Frasco-ampôla de 1 g — Frasco-ampôla de 0,250 g
como cloranfenicol sintético levógiro, liofilizado,
acompanhados de ampolas de diluente.

QUEMICETINA ERBA tem a linha mais extensa de apresentações:

- * QUEMICETINA DRÁGEAS
- * QUEMICETINA POMADA DERMATOLÓGICA
- * QUEMICETINA POMADA NASAL
- * QUEMICETINA OFTÁLMICA (Pomada e Colírio)
- * QUEMICETINA SOLUÇÃO OTOLÓGICA
- * QUEMICETINA SUPOSITÓRIOS
- * QUEMICETINA ÓVULOS
- * QUEMICETINA VELAS
- * QUEMICETINA XAROPE



Carlo Erba do Brasil S.A.
Indústria Químico Farmacêutica

Avenida Conselheiro Rodrigues Alves, 3465, Brooklin Paulista
Fone: 61-0998 — Caixa Postal, 21.006 — SÃO PAULO

tássio), a fim de prevenir a hipopotassemia; f) emprêgo de antibióticos.

A paciente respondeu satisfatoriamente ao tratamento instituído, freqüentando atualmente com regularidade o Ambulatório de Diabetes do Hospital das Clínicas. Bem controlada com 6 u. insulina NPH.

Ambulatório de Diabetes do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP:
a) Organização b) Análise dos casos em tratamento. Drs. Domingos A. Lomonaco e Luiz Carlos F. Reis. — Foi analisada a organização do Ambulatório de Diabetes do Hospital das Clínicas da F. M. R. P., anexo ao Departamento de Clínica. O Ambulatório, que funciona uma vez por semana com freqüência média de 10 doentes por dia de consulta, foi criado há 2 anos. A consulta inicial consta de exame clínico completo (preenche-se uma ficha organizada especialmente para uso do Ambulatório) e de exames especializados (neurológico, oftalmológico e cardiovascular). Além dos exames complementares de rotina, realizam-se outros visando ao estudo das funções renal, hepática e do metabolismo lipídico. Durante a evolução dos doentes, no Ambulatório, todos

esses exames são repetidos periodicamente. O critério para o controle de tratamento, escolha do tipo e dose de insulina, assim como para o horário de sua administração, baseia-se principalmente na verificação da glicosúria em amostras fracionadas de urina de 24 horas. Pacientes com complicações agudas são internados.

Os diabéticos que freqüentam o Ambulatório são reunidos uma vez por mês a fim de discutir problemas relacionados com sua doença. Nessas ocasiões, breves palestras são proferidas pelos médicos do Ambulatório e pela dietista do Hospital. A associação dos Diabéticos de Ribeirão Preto, por intermédio de seu presidente, coopera com o Ambulatório, participando das reuniões e fornecendo aos doentes mais necessitados insulina ou sulfoniluréia por preço reduzido. Atualmente, 59 diabéticos freqüentam o Ambulatório, sendo 41 do sexo feminino e 18 do sexo masculino. Em 28 pacientes examinados pelo oftalmologista, 12 apresentavam retinopatia. Entre 36 que se submeteram a exame neurológico, 19 mostraram sinais de neuropatia. Apenas 2 casos com manifestações compatíveis com a síndrome de Kimmelstiel e Wilson foram observados entre os 59 diabéticos.

Sociedade Médica São Lucas

Sessão de 24 de novembro de 1959

Presidente: *Dr. Adalberto Leite Ferraz*

Produção e mecanismo de ação dos corticosteroides em geral. — Dr. Luciano Decourt. Após várias considerações friza que a origem dos corticosteroides é colesterol, substância importante na biogênese dos citados corticosteroides.

Estuda a formação e transformação dos diversos esteroides androgênicos, dividindo-os e classificando-os de acordo com seus grupos carbonados, e suas transformações pela hidroxilação.

Refere a localização das enzimas dentro da célula, ligadas aos diversos grupos de carbono.

Explica o efeito no organismo do ACTH, explanando com fórmulas e diagramas, citando experiências de autores americanos, e as intermediações do hipotálamo e da glândula pineal, esta última até alguns anos considerada sem importância funcional.

Entra em pormenores sobre o mecanismo da Hidrocortisona, dos hidratos de carbono e seu aproveitamento,

TRIUNFANDO através dos tempos e de
geração em geração, como a linhagem
dos animais puro-sangue, CODEINA e
CLORIDRATO de ETILMORFINA lideram
tradicionalmente a terapêutica das TOSSES

GOTAS IBEL

(CODEINA - CLOR. DE ETILMORFINA)



FÓRMULA

Cloridrato de Etilmorfina ...	0.003 g.
Codeína	0.004 g.
Tintura de Lobelia	0.1 g.
Tintura de Grindelia	0.1 g.
Tintura de Crataegus	0.1 g.
Balsamo Tolu concentrado, q.s.	1 cc

MODO DE USAR

Adultos:

40 gotas em um cálice de água açucarada, 4 a 5 vezes ao dia, ou segundo critério médico.

Crianças:

20 gotas a critério médico.

Receituário Livre

MEDICAMENTOS ALOPATICOS NACIONAIS S/A.

R. Ruy Barbosa, 377 — Fones 36-8075 - 33-3426 — C. Postal 1874 — S. PAULO

intervindo também no metabolismo dos lípidios.

Passa depois ao estudo do efeito dos andrógenos no organismo humano. Entra em pormenores sobre a estrutura, na química da cortisona, hidrocortisona, prednisolona e prednisona, com suas diferenças estruturais, e seus efeitos na fisiologia; com a combinação do fluor e cloro à fórmula da prednisona obtém-se quimicamente o chamado Oncilon ou Triancinolona; e após acetilação ou metilação, obtém-se o Deronil e o Decadron, com ação medicamentosa mais potente e mais isenta de efeitos colaterais.

Lembra depois os diversos síndromas devidos às disfunções endócrinas ou enzimáticas, procurando diferenciar as camadas da cortex suprarrenal.

Aplicação dos corticosteroide. — Dr. Arnaldo Sandoval. O A. discorre sobre o assunto dando ênfase à transitoriedade da terapêutica, referindo-se às palavras do Prof. Austregesilo.

De início, fala sobre o emprego dos corticosteroideis na febre reumática e no lupus eritematoso, mas se refere ao perigo do emprego abusivo do medicamento.

Passa a citar seu emprego nos processos alérgicos, na asma, na doença do sono, o edema de Quincke, o síndrome de Löeffler nas purpuras, nas nefroses (pediatria); doenças hepáticas (hepatites graves); doenças hematológicas, principalmente na leucemia aguda com resposta muito favorável; na agranulocitose a ação do corticosteroideis, como na purpura, o resultado é muito bom; linfomas, a sua ação nas doenças infecciosas como tifoide, pneumonia, pleuritis é surpreendente, segundo o conferencista; na tireoidite a resposta também é favorável, como também nas doenças malignas, nas síndromes endócrinas, citando aqui um doente do Dr. Decourt, usando dose útil, há muito tempo, em corticosteroide. A supressão medicamentosa deve ser lenta e paulatina.

Refere-se, a seguir, nas emergências cirúrgicas, o emprego do corticosteroide que dificulta a cicatrização.

O resultado em dermatologia parece ser bom mas transitório, referindo-se também ao seu emprego em neurologia.

Contraindicações existem em processos congestivos, malária, ulcera gástrica e duodenal, diabeta, insuficiência cardíaca, psicoses, idade avançada.

A dose ótima é variável, de conformidade com a indicação.

Corticosteroide em proctologia. — Dr. Adalberto Leite Ferraz. Cita observações em que usou concomitantemente a terapêutica pelos corticosteroideis, acentuando que o uso com cautela dos corticoides tem suas utilidades, em proctologia e em várias contingências clínicas e dermatológicas e citando as doses utilizadas nas suas observações.

Cita casuística norte-americana de 280 casos de colite ulcerosa, com resultados regulares; contudo a supressão ou suspensão da corticosteroide-terapia faz voltar a sintomatologia anterior.

Termina, ressaltando as indicações cirúrgicas nos casos em que falha a terapêutica pelos corticosteroideis.

Comentários: O Dr. Adhemar Albano Russi pergunta sobre a utilidade nas afecções dermatológicas, principalmente nos pruridos inguinais e regiões das dobras cutâneas.

Ressalta o Dr. Arnaldo Sandoval a posologia de acordo com o peso e condições de atividades do paciente.

O Dr. Luciano Decourt acentua a ação do corticosteroide que aniquila a função da glandula durante o tratamento, porém, após quinze dias a glandula, de acordo com a tese de Thorn, começa a funcionar.

Os Drs. Adalberto Leite Ferraz, Arnaldo Sandoval e Paulo G. Bressan, citam observações sobre a atuação dos corticosteroideis nos processos de cicatrização. (dificultando ou facilitando-a).

IMPrensa MÉDICA DE SÃO PAULO

Sumário dos últimos números

Arquivos dos Hospitais da Santa Casa de São Paulo. — Vol. IV, n.ºs 2, 3, 4, Junho a Dezembro de 1958. Alterações eletrocardiográficas consecutivas a pneumo e hidrotorax experimentais em cães. — Drs. Ladislau Lengyel e José Clemente Guerra; O efeito de cortone e de acth sobre a hemossedimentação, em pacientes não reumáticos. Experiências "in vivo" e "in vitro" — Drs. Ladislau Lengyel e Thomas Kallós; Incidence de la myocardite chagassique dans les cliniques de la Santa Casa de São Paulo, em 1957, D'après les electrocardiogrammes, confirmés par les enregistrements cliniques — Dr. Reynaldo Kuntz Busch; Significado clínico da terminologia eletrocardiográfica — Drs. Zarko Caramelli, Paulo de Almeida Toledo, Ladislau Lengyel, Remo Ruiz Tellini; Invaginação intestinal: classificação e tratamento — Dr. Fábio Dória do Amaral; Cisticercose cerebral — Drs. Alexandre Mello e Nilva R. Mello; Localização epiplóica da esquistossomose mansoni — Drs. Carlos de Oliveira Bastos, F. C. da Silva Teles, José Donato de Próspero, Nelson Candelária; Esquemas de digitalização pelo sistema Ulysses Lemos Torres (cem casos considerados na 2.ª M. H. Santa Casa de São Paulo) — Dr. Edgar T. Santana; Estudo clínico da "estenose mitral hiperestenotizada" e condições anatómicas semelhantes. Nota Prévia. Dr. Ladislau Lengyel.

Boletim de Oncologia, n.º 6, dezembro de 1959. Primeiro Congresso Latino-Americano de Cancerologia — Prof. Antonio Prudente; Tumor de Wilms bilateral — Drs. Antonio Franco Montoro e Fernando Gentil; Conduta radioterápica nos tumores da fossa nasal — Drs. Oswaldo Peres e J. Almachio R. Guimarães; Carcinoma do endométrio irradiado.

Divulgação, n.º 2, março/abril de 1960. Verifique sua saúde mental; Música; novo auxiliar terapêutico; Manchas solares; Arquitetos do Brasil; Mário de Andrade; Banco de pele; Reproduzido o Bacilo da Lepra em tecido Humano; Toynbee e a Evolução Cíclica da História.

Resenha Clínico-Científica, Ano XXIX, n.º 1, janeiro de 1960. Mé todos diagnósticos na prática endocrinológica — Robert Greenblatt, Nicanor Carmona e A. P. Rosenberg; Icterícia "ex emotione" por bloqueio súbito do esfíncter de Oddi e icterícia infecciosa — Giuseppe Pizzillo; Mecamilamina e seu resultado hipotensor quando associada a outros medicamentos — Amadeu Ribeiro Weimann; Pleurites serofibrinosas; Químio profilaxia da tuberculose.

Revista Brasileira de Leprologia, Vol. 27, n.º 3, julho-setembro de 1959. Terapêutica da Lepra; E. C. de Campos — Correlação e antagonismo Lepra — Tuberculose. Alguns aspectos estatísticos observados no Rio Grande do Sul; C. Silva e A. Rabello Neto — Influência da vacinação pelo BCG sobre a lepromino-reação em pessoas sádias comunicantes e não comunicantes de casos de lepra; D. de Menezes — Comentários e sugestões de uma campanha antileprotica baseados em nossa experiência de 21 anos no Dispensário de Uruguaiana.

Revista Paulista de Medicina, Vol. 56, n.º 1, janeiro de 1960. A reparação plástica com nylon nas ressecções de neoplasias da parede abdominal — Drs. Antonio Franco Montoro e Fernando Gentil; Ostium atrioventricular comum associado a outras malformações. Apresentação de dois casos — Drs. J. Hortêncio de Medeiros Sobrinho, Laio Gomes d'Oliveira, Ma-

ria Victória Martin, André Jesus H. Nicolau e Adauto Barbosa Lima; Estado atual das disgenesias gonodais — Dr. L. Miller de Paiva; Aparelho para drenagem manometrada das vias

biliares — Dr. Caetano Zamitti Mammana; Anestesia em Obstetrícia — Drs. José Monteiro, Luciano Segre, Luiz Branco Junior, Antonio Pereira de Almeida e Jorge de Almeida Bello.

VIDA MÉDICA DE SÃO PAULO

Associação Paulista de Medicina

Departamento de Previdência

Fundo de Aposentadoria dos Médicos. — A constituição de um Fundo de Aposentadoria pelo Departamento de Previdência da Associação Paulista de Medicina, representa um largo passo no sentido de defender o futuro dos médicos, ao mesmo tempo que traduz um complemento do seguro de vida já instituído.

Elevada percentagem de médicos, sobre tudo aqueles que vivem exclusivamente da clínica liberal e que, sendo isto frequente, não conseguiram amearhar qualquer patrimônio, vêm-se diante de situações graves quando colhidos pela invalidez ou pela velhice.

A Associação Paulista de Medicina, através de seu Departamento de Previdência, depois de estudar profunda e meticolosamente o assunto, organizou o plano já aprovado pela Assembléia Geral, o qual é oferecido à classe médica.

Há três categorias de Aposentadoria:

a) por invalidez — concedida ao associado que participar um ano no mínimo, do Fundo e, antes de atingir 60 anos, tornar-se permanentemente inválido;

b) por velhice — concedida ao associado que atingir 65 anos;

c) compulsória — concedida ao associado que participar do fundo 25 a 35 anos, conforme o regulamento.

Tem direito a participar do Fundo de Aposentadoria de Medicina os sócios inscritos no Departamento de Previdência, com idade igual ou inferior a 50 anos no ato da admissão.

Podem, igualmente, ser admitidos os sócios correspondentes da Associação Paulista de Medicina, desde que segurados do Departamento de Previdência ou nêle inscritos de acordo com o convênio assinado com as entidades médicas estaduais, com idade não superior a 45 anos no ato da admissão.

O valor mensal da aposentadoria é equivalente a três salários mínimos mensais na cidade de São Paulo, reajustados quinquenalmente.

Outros esclarecimentos serão dados por escrito a todos os médicos do Brasil, pelo Departamento de Previdência da Associação Paulista de Medicina à Avenida Brigadeiro Luiz Antonio, 278 — 8.º andar em São Paulo.

“A Cirurgia no Sanatório São Lucas”

2 VOLUMES

Preço Cr\$ 700,00

NOVO AMEBICIDA DE DUPLA AÇÃO:

Eficaz contra as formas vegetativas e encistadas da *E. histolytica*.

Combate também outros protozoários e bactérias.

Atua sobre a flora patogênica associada.

Não destrói a flora fisiológica.

Entobex[®]

ANTIPARASITÁRIO

ANTIBACTERIANO

Entobex[®]

POSOLOGIA :

Em média, 2 drágeas 3 vezes por dia ; para crianças, 5 a 10 mg por kg de peso

APRESENTAÇÃO :

Drágeas enterossolúveis de 50 mg
Vidros com 20 e 500 drágeas

C I B A

Liga Paulista Contra a Tuberculose

Centro de Estudos Nogueira Martins

Posse da nova Diretoria. — Em sessão realizada no dia 15 de fevereiro do corrente ano, foi eleita e empossada a primeira Diretoria do Centro de Estudos Nogueira Martins da Liga Paulista contra a Tuberculose, com mandato até 17 de julho de 1961, a qual ficou assim constituída.

Presidente: *Dr. Antonio Moura Albuquerque Filho* — Vice-Presidente: *Dr. Bernardo Pedral Sampaio* — 1.º Secretário: *Dr. Antonio Octávio de Freitas* — 2.º Secretário: *Dr. Ary Carvalho* — 1.º Tesoureiro: *Dr. Cassio Santos Braga* — 2.º Tesoureiro: *Dr. Waldemar Alvarenga Figueiredo*.

O Centro de Estudos "Nogueira Martins" foi fundado em 17 de julho de 1959, como parte das comemorações programadas para assinalar a passagem do 60.º aniversário de fundação da Liga Paulista contra a Tuberculose.

A Liga Paulista contra a Tuberculose, acolhendo proposta de seu Vice-Presidente — *Dr. Bernardo Pedral Sampaio*, sugeriu que fosse dado à nova associação o nome de "Nogueira Martins", como homenagem à memória de um de seus grandes Presidentes — *Dr. Antônio Bento Nogueira Martins*.

Prêmio "Fausto Guerner"

Sua atribuição em 1960. — "Encerra-se impreteivelmente a 4 de maio de 1960, o prazo para a apresentação de trabalhos em disputa do Prêmio "FAUSTO GUERNER". Este importante prêmio, que consiste em um diploma honorífico e em uma importância em dinheiro, será em 1960, outorgado à produção científica sobre o tema: *Psiquiatria e Ramos Afins*.

Os trabalhos apresentados devem ser inéditos, redigidos em português e datilografados em condições técnicas exigidas para casos análogos. Não devem ser assinados, nem trazer, em seu texto, qualquer elemento que permita identificar o autor ou o serviço

em que foi elaborado. Virão acompanhados de envelope opaco, com todos os dados para a identificação do instituto em que foram elaborados, bem como o nome dos autores ou do autor, devendo figurar, externamente, apenas o título dos mesmos."

São, respetivamente, 1.º Secretário e Presidente da Comissão, os Drs. *LOTHAR A. C. SOLINGER* e *LUIZ J. A. FIORE*.

Informações: A Diretoria do Centro de Estudos Franco da Rocha, com sede no Hospital Central de Juqueri-Franco da Rocha — Estado de São Paulo.

Sanatório São Lucas

Fundação para o progresso da Cirurgia

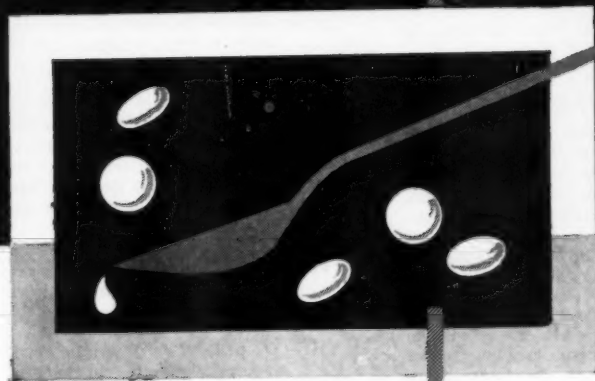
Diretor: **DR. EURICO BRANCO RIBEIRO**

Rua Pirapitingui, 80 — Telefone: 37-2515 — São Paulo — Brasil

anguifugan

IODETO DE DITIAZANINA

DRÁGEAS À 50 mg. E À 100 mg.
XAROPE



Prociens

instituto farmacêutico de produtos científicos xavier
JOÃO GOMES XAVIER & CIA. LDA.

CONGRESSOS MÉDICOS

XII Congresso Brasileiro de
Gastrenterologia

Sua realização em Campos (Estado do Rio). — Conforme deliberação do Conselho Diretor da Federação Brasileira de Gastrenterologia, em Belém do Pará, em outubro do ano passado, por ocasião do conclave ali realizado, voltarão os médicos de todo o Brasil, interessados em Patologia Digestiva, a se reunir em Campos, Estado do Rio de Janeiro, a 23 de julho do corrente ano para levar a efeito o XII CONGRESSO BRASILEIRO DE GASTRENTEROLOGIA — e, como tem acontecido nos certames anteriores, haverá Mesas Redondas, Simpósios, Conferências, Sessões Plenárias e um Inquérito sobre "Carência proteica nas várias regiões do país".

- I — As Mesas Redondas versarão sobre: a) Pancreopatias; b) Hepatites agudas.
- II — O Simpósio girará em torno do Tratamento de Megacolo.
- III — O Inquérito Nacional, tendo como tema: "Carência proteica nas várias regiões do país", despertará, por certo, a atenção de todos os congressistas. A tarefa de Inquiridor estará a cargo do ilustre Professor Dr. Felício Cintra do Prado.
- IV — Conferencista Estrangeiro: o Dr. G. Gordon Mc Hardy, de New Orleans, Estados Unidos da América do Norte, fará uma conferência sobre tema de palpitante atualidade.
- V — Dois Conferencistas Nacionais abrilhantarão o XII Congresso Brasileiro de Gastrenterologia: Dr. Jorge de Castro Barbosa, do Rio de Janeiro, e Dr. Nereu de Almeida Junior, de Belo Horizonte.

VI — As Sessões Plenárias são destinadas a apresentação de trabalhos dos membros das Sociedades vinculadas à Federação Brasileira de Gastrenterologia. Tais trabalhos deverão ser condensados e resumidos a fim de poderem ser lidos no tempo máximo de 15 minutos, incluindo as projeções. Cada autor somente poderá inscrever um trabalho em seu nome e mais dois em colaboração. Em cada sessão nenhum autor poderá apresentar mais de um trabalho. Haverá grande rigor na programação. Assim sendo, não serão permitidas as transferências de data ou de hora. Ao pedir a inscrição de seu trabalho o autor deverá enviar ao Secretário da Sociedade Federada a que pertence, um resumo do mesmo, contendo, no máximo, 200 palavras. As inscrições de trabalho encerrar-se-ão, impreterivelmente, no dia 31 de Maio de 1960, não sendo aceitos trabalhos de última hora.

- VII — Haverá oportunidade para demonstrações práticas, exibições de filmes, etc.
- VIII — Os pedidos de inscrição deverão mencionar o número e os nomes dos acompanhantes. Taxa de inscrição: Cr\$. 1.000,00. Enviar a quantia correspondente, em cheque pagável em Campos, ao Secretário Geral do XII Congresso de Gastrenterologia, Dr. Plínio Bacelar da Silva, Caixa Postal, 33, Campos, Est. do Rio de Janeiro.

VI Congresso Interamericano de Cardiologia

Sua realização no Rio de Janeiro.
— Está definitivamente marcado para realizar-se de 14 a 20 de agosto de 1960, o VI Congresso Interamericano de Cardiologia.

Trata-se de enorme responsabilidade que recai sobre a medicina brasileira, por isso que, os Congressos realizados em Washington, México, Havana e Buenos Aires, revestiram-se de excepcional relevo social e científico.

Serão realizados no decorrer do Congresso sete simpósia sob a presidência e direção dos mais eminentes vultos da especialidade: Versarão sobre: *Arteriosclerose, Cirurgia Cardiovascular, Doença de Chagas, Doença Reumática, Doenças Congênitas, Eletrocardiografia e Vetocardiografia*. O Instituto de Biofísica da Universidade do Brasil, promoverá uma sessão sobre "Microbiofisiologia da contração do miocárdio".

Funcionarão várias sessões para comunicações e apresentação de temas livres. Os ex-presidentes da Sociedade

Interamericana de Cardiologia darão Conferências sobre assuntos de importância cardiológica. Haverá exposições científicas e exposição da aparelhagem moderna relacionada à clínica e cirurgia do coração.

A parte social terá especial relevo e destinar-se-á a mostrar aos colegas do exterior nossa tradicional cordialidade. Os programas de organização encontram-se em fase final de preparo. A Comissão Organizadora pede e espera, em virtude da repercussão internacional do Congresso, o apoio dos Cardiologistas brasileiros a fim de obter-se o êxito total do empreendimento. Os interessados serão atendidos na SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA — Av. Chutichill, 97 — sala 508, telefone 42-4588, e toda a correspondência deverá ser dirigida para a Caixa Postal 1594."

Presidente da Comissão Organizadora:

PROF. E. MAGALHÃES GOMES

Secretário Geral:

DR. HUGO ALQUÉRES

RUBROMALT

*Extrato de malte
Com as Vitaminas B₁₂, A e D
Complexo B, Extrato de Fígado
Aminoácidos e Minerais.*

★

INSTITUTO TERAPÊUTICO ACTIVUS LTDA.

Rua Pirapitingui, 165 — São Paulo, Brasil

ASSUNTOS DE ATUALIDADE

Industrialização dos ossos

Extensão sanitária popular. — Os ossos, desperdícios diários na alimentação popular, devem ser industrializados em benefício do fortalecimento humano e da economia, tendo em conta esta época de carestia da vida e de austeridade individual e coletiva.

A industrialização transforma-os em pós minerais que constituem completo mineral necessário a vida e desenvolvimento do organismo. Podemos acrescentar que por seu intermédio pode suprimir-se, talvez com vantagem a fluorização das águas que se procuram com tanto interesse e tenacidade para a terapia dentária, no íntimo metabolismo de seus elementos primordiais para seu normal desenvolvimento e adequada constituição. O fluor é um mineral necessário para a sanidade buco dentária.

A conservação do pó de ossos, pode obter-se juntando-lhe uma grama de sulfamida ou derivados em 100 gramas de pó e guardá-los em frasco bem fechado. Quando se pratica a industrialização em pequena escala, para uso familiar, não é imprescindível o frasco ou qualquer associação para sua conservação; basta tê-lo em lugar seco e longe do ar.

As doses convenientes a prescrever são: 1 colherinha, de 3 a 5 gramas do pó, 2 vezes ao dia, durante meses, com pequenos descansos de 10 a 15 dias. De preferência nas horas das principais refeições juntar aos purês, mingaus etc., isto é, às comidas comuns, um completo mineral econômico e valioso.

Faz anos que no Hospital J. B. Iturraspe, distribuímos folhetos ilustrativos similares a este, a todos os internos e enfermos de consultório externo, como medida econômico-illustrativo-sanitária de extensão popular.

Preparação do pó de ossos. — Queimam-se os ossos com lenha em brazeiros ao ar livre ou em fornos de padarias. Assim se destroe toda a matéria orgânica, ficando unicamente a mineral. É o mesmo que dizer que o material recolhido, está isento de toda contaminação bacteriana, virosa ou tóxica. O fogo purificou o material empregado, qualquer que seja sua origem e a causa da morte dos animais dos quais derivam. Uma vez queimados os ossos, moem-se e reduzem-se a pó; peneirando em telas muito finas, para obter pó impalpável. O que não passa pela peneira na primeira vez, deve sofrer nova pulverização a martelo sobre uma prancha de ferro, novamente peneirado até aproveitá-lo completamente.

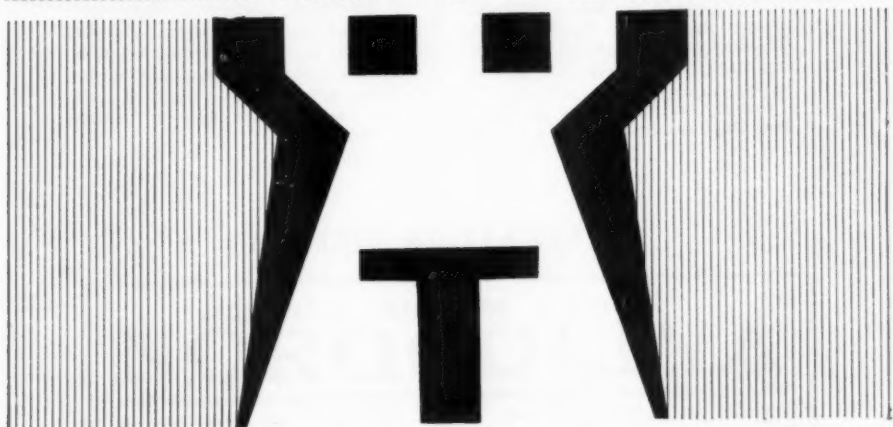
Esta industrialização dos ossos pode obter-se facilmente em qualquer lugar e não será pouca a economia e os benefícios familiares em saúde e fortaleza.

Nas grandes Instituições de Beneficência este precioso preparado pode obter-se por baixo preço e menos trabalho.

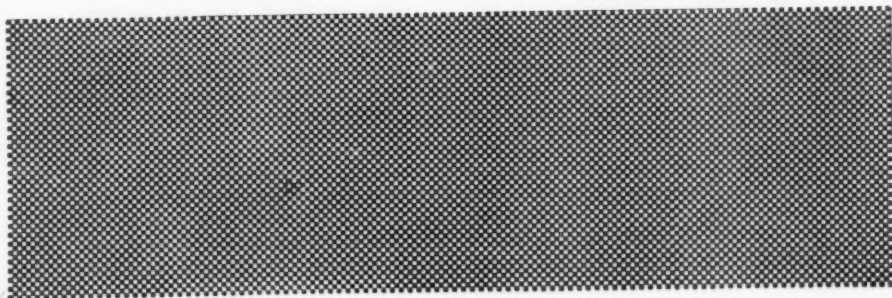
Traduzido de nota enviada pela Diretoria da Assistência Pública de San Francisco — Córdoba — Argentina — Outubro de 1959.

PHILERGON — Fortifica de fato

UMA COLHERADA ÀS REFEIÇÕES



LABORATÓRIO TORRES



Instituto de Microbiologia da Universidade do Rio Grande do Sul

Desenvolvimento do ensino e da pesquisa da Microbiologia. — Foi criado o Instituto de Microbiologia da Universidade do Rio Grande do Sul, tendo seu início ocorrido em março de 1959. Suas atividades visam o sentido de incrementar, nas diversas Escolas e Faculdades da Universidade do Rio Grande do Sul, o desenvolvimento do ensino e da pesquisa da Microbiologia. A direção do citado Instituto está a cargo do Prof. Homero Jobim.

Dentro das finalidades precípuas deste Instituto, está prevista a difusão

dos conhecimentos da Microbiologia através dos seus cursos de formação, bem assim pela realização anual de cursos de aperfeiçoamento, especialização e extensão.

Está assentada, também, a articulação deste órgão com outros institutos e entidades congêneres nacionais e estrangeiras, objetivando, dessarte, manter permanentemente intercâmbio científico com tais instituições. Para tanto, contam, desde já, com sua valiosa cooperação no sentido colimado.

LITERATURA MÉDICA

Livros e separatas recebidos

Progresso da Medicina. — Vol. VIII, 1959. Editado pelo Departamento Científico da Indústria Química e Farmacêutica Schering S/A.

Como os volumes precedentes, contém todas as aquisições científicas do corrente ano, quer no terreno prático, clínico e terapêutico. É de utilidade para o profissional estudioso.

A síndrome linfadenite mesentérica nas crianças. — Pesquisa clínica, anatomopatológica e bacteriológica — Dr. Helmer Kvist. *Annales Chirurgiae et Gynaecologiae Fenniae*. Vol. 48, Supl. 86, 1959.

Durante muito tempo, e só muito recentemente foi reformada esta interpretação, o achado de ganglios infartados na cavidade abdominal deixava a convicção de que um processo tuberculoso era o responsável.

Com o progresso da cirurgia, o aumento do número dos doentes sub

metidos a operação, a prática de examinar as peças operatórias, e o indiscutível aperfeiçoamento da técnica de anatomia patológica, permitiram um diagnóstico etiológico mais preciso e essa opinião foi abandonada.

Atualmente é entidade nosológica perfeitamente identificada a linfadenite mesentérica inespecífica, embora a sua descrição encontre ainda muitas falhas, muitas dificuldades a superar, uma vez que os autores que se ocuparam do assunto não são de forma alguma unânimes em suas opiniões no que diz respeito à sua etiologia, sintomatologia, diagnóstico e terapêutica. A presença dessa adenite, principalmente quando localizada na região ileo-cecal, o que na clínica não é eventualidade rara, constitui para o médico um problema de diagnóstico cheio de dificuldades, sendo a criança a mais frequentemente acometida.

O autor estuda um material compreendendo 108 crianças da Clínica

Cirúrgica da Universidade de Turku, todas operadas devido a dor no ventre; laparotomizadas, o único achado cirúrgico foi a hipertrofia dos gânglios linfáticos mesentéricos.

Como programa de estudo propõe o autor o seguinte questionário:

- 1) Com que frequência são encontradas alterações anatomo-patológicas nos gânglios linfáticos engorgitados da região ileocecal que levam ao diagnóstico de linfadenite inespecífica?
- 2) Apendices macroscopicamente indenes podem ser provável causa do quadro de alterações anatomo-patológicas dos gânglios linfáticos da região ileocecal, nas crianças?
- 3) Podem as inflamações das vias respiratórias produzir as alterações anatomopatológicas dos gânglios linfáticos da região ileocecal, nas crianças?
- 4) Mostram as crianças operadas devido à dor no ventre e cujo único achado operatório foi o engorgitamento dos gânglios linfáticos ileocecais, algum sinal de uma constituição anormal?
- 5) Qual a significação do engorgitamento ganglionar ileocecal encontrado, com relação à dor no ventre da criança?
- 6) Está justificado o diagnóstico de linfadenite mesentérica inespecífica nos casos operados em que nada mais se encontrou do que os gânglios ileocecais aumentados?

NOROCOLINA

Vaso-dilatador coronariano e diurético

FÓRMULA:

Cada drágea contém 100 mg de teofilinato de colina.

INDICAÇÕES TERAPEÚTICAS:

- 1) Asma brônquica.
- 2) Como dilatador das coronárias, na angina pectoris e enfarte do miocárdio.
- 3) Na insuficiência cardíaca congestiva, como diurético, seja sozinho ou associado aos mercuriais, cujo efeito diurético reforça e potencia.

MODO DE USAR:

1 a 3 ou mesmo 4 drágeas, 4 vezes ao dia.

★

LABORATÓRIO TERÁPICA PAULISTA S/A.

Rua Fernão Dias, 82 — Fone 80-0684 — Caixa Postal, 487

AMINO-CRON

— T Ó P I C O —

Succinato de sulfanilamida sódica	6,25 g
Mercurocromo	2,00 g
Glicerina	5,00 g
Água fervida	100 cm ³

*No tratamento tópico das infecções
estrepto-estafilocócicas*

AMINO-CRON

— C I R Ú R G I C O —

Sulfanilamida — Mercuro-
cromo — Álcool — Acetona.

*Uso tópico, pré-operatório —
Assepsia local*



LABORATÓRIO YATROPAN S. A.

Av. Brigadeiro Luís Antônio, 290 — Telefones: 35-8485 e 35-1013

Indicações da cirurgia nas úlceras do estômago e do duodeno (*)

Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO

(Diretor do Sanatório São Lucas)

As indicações da cirurgia nas úlceras do estômago e duodeno constituíram motivo para longas e profundas discussões entre clínicos e cirurgiões desde os primórdios da cirurgia gástrica e ainda hoje, em nossos dias, constituem sob muitos aspectos motivo para discordância de opinião. Recordar-se que a cirurgia gástrica teve grandes opositores quando começou a tomar vulto e a mostrar os seus bons resultados. Era natural que se revoltassem contra ela aqueles elementos conservadores habituados a orientarem os seus tratamentos clínicos sem a ação agressiva da cirurgia. Foi pouco a pouco que a confiança nas mãos do cirurgião veio dar maior amplitude às indicações desse tipo de cirurgia.

Depois dessa primeira fase de incertezas, em que as indicações variavam de acôrdo com a opinião pessoal de determinado médico, firmaram-se conceitos, entre clínicos e cirurgiões, no que concerne à interferência benéfica da cirurgia pelo menos naquela tríade: úlcera perfurada, estenose e úlcera hemorrágica. Essas três indicações passaram amplamente do campo da medicina para o campo da cirurgia. É a tríade das complicações mais comuns e importantes da úlcera.

A perfuração constitui um quadro dramático onde a cirurgia ganhou os seus primeiros e maiores méritos, tendo salvo numerosos casos, primeiramente pela simples sutura da perfuração, depois pela gastrectomia como um tratamento radical e com resultados ainda melhores. Mas, perante a insopitável vontade dos clínicos de prender nas suas mãos os doentes ulcerosos, Taylor propôs o tratamento conservador dessa grave complicação e houve uma época em que se tornou bastante experimentado o seu tratamento da úlcera perfurada por meio da sondagem gástrica aspiratória, evitando assim que a cavidade peritoneal seja cada vez mais inundada pelo conteúdo do estômago. Seus resultados, entretanto, não foram os que os seus

(*) Palestra proferida em reunião do Colégio Brasileiro de Cirurgiões em 10 de julho de 1959.

entusiastas haviam preconizado ou haviam inicialmente observado. Era preciso que um doente, em que se tentava o tratamento conservador da perfuração, fôsse acompanhado hora a hora, antes: minuto a minuto, ficando o cirurgião de mãos armadas para o momento de intervir diante do fracasso que podia ser reconhecido de instante para instante. Hoje praticamente não se faz mais o tratamento conservador de Taylor; êle só seria aplicado nos lugares onde não houvesse possibilidade de transporte do doente para um centro cirúrgico, onde não houvesse recurso operatório capaz de permitir uma simples laparotomia para sutura da perfuração e drenagem.

A perfuração é em geral um acidente agudo, que estabelece comunicação entre o tubo digestivo e a cavidade abdominal; entretanto pode ser imediatamente tamponada por órgão vizinho e nesses casos pode-se protelar a intervenção desde que cessem logo os fenômenos da crise inicial, aguardando-se a melhoria do estado do doente para um ato cirúrgico mais tranqüilo, pois mesmo numa perfuração em abdomen livre a indicação da cirurgia é taxativa no conceito atual de clínicos e cirurgiões.

O mesmo não se pode dizer da hemorragia provocada pela úlcera, que pode ser uma hemorragia maciça e pode ser uma hemorragia recidivante a longo ou a curto prazo. Hemorragia maciça é uma denominação usual que não nos parece muito razoável, pelo menos no conceito em que ela é tida pela maioria dos autores. Tivemos a oportunidade de discutir êsse assunto de terminologia médica num congresso de cirurgia em Buenos Aires, onde um dos temas era justamente hemorragias maciças do estômago. Podíamos reservar a denominação de hemorragia maciça apenas para aquêles casos dramáticos, que conduzem o doente a um êxito letal imediato ou a curto prazo; seria, por exemplo, como em uma rotura de aneurisma, onde a hemorragia é maciça; uma úlcera gástrica ou uma úlcera duodenal pode também dar uma hemorragia de grande porte e conduzir o doente à morte em poucos minutos. Em tais casos não há tempo para a cirurgia agir. Entretanto poderá ser salvadora em doentes com grandes hemorragias, no decurso mesmo do sangramento. Em casos de hemorragias recidivantes surge a angústia da decisão: esperar pela melhoria das condições do paciente ou operar em plena crise.

Uma intervenção precoce é aquela que se faz entre as 48 e as 72 horas, sendo aconselhável a expectativa armada nas primeiras 48 horas. Depois das 72 horas já seria uma intervenção tardia. Se nas primeiras 48 horas o sangramento não se estancar, o dever do clínico é entregar o doente à cirurgia, porque, assim, — bem mostram as estatísticas — podemos obter melhores resultados do que operando depois das 72 horas após o início da hemorragia.

A estenose é outra imposição para a cirurgia. A estenose em geral se observa no bulbo duodenal. Os autores clássicos, principalmente os antigos, falavam em estenose pilórica. Entretanto o

prof. Benedito Montenegro teve a oportunidade de demonstrar em 1936 na Academia Nacional de Medicina do Rio de Janeiro, que a chamada estenose pilórica nada mais era do que uma estenose do bulbo duodenal, uma estenose póspilórica, uma estenose abaixo do piloro. Ao nível do piloro e mesmo antes do piloro, prepilórica também se pode encontrar estenoses, embora raramente. Temos dois casos característicos de estenose prepilórica. As estenoses realmente pilóricas decorrem de úlceras assestadas sobre o esfíncter pilórico, localização essa que ocorre em apenas cerca de 5% dos casos de úlcera. Há ainda outro tipo de estenose que se encontra em alguns casos, pouco freqüentes, mas que também não são extremamente raros: são aquelas estenoses mediogástricas que produzem o aspecto chamado de relógio de areia. Em todos esses casos de estenose a cirurgia é uma indicação impositiva.

A favor dos clínicos existem os casos iniciais. O indivíduo que se apresenta com uma sintomatologia recente de úlcera gástrica ou duodenal deve ser submetido inicialmente a um tratamento clínico. Muitas vezes essa remissão inicial pode-se prolongar por muitos anos e a úlcera não se reabre senão por pequenos períodos suportáveis e pode mesmo estacionar no seu ciclo evolutivo.

Tanto os clínicos como os cirurgiões estão de acordo em que um doente com menos de 6 meses de sintomatologia deve ser submetido a um tratamento dietético-medicamentoso de prova, para se verificar se a sua úlcera é ou não resistente a esse tratamento. Existem certas prescrições estabelecidas pelos gastroenterologistas a respeito de como deve ser conduzido esse tratamento. Em geral o doente é observado durante 4 a 6 semanas; se no fim desse prazo não se obteve o resultado esperado, o paciente deve ser enviado à cirurgia. Como regra geral, principalmente nas crises iniciais da úlcera, o tratamento surte efeito e o doente tem o seu alívio, mas se a crise não desaparece logo, sem dúvida nenhuma esse doente pertence aos domínios da cirurgia e qualquer protelação do ato operatório será apenas o adiamento de uma atitude visando a cura.

A séde da lesão também merece apreciação quanto ao ponto de vista da indicação cirúrgica. Se o caso é de úlcera do estômago, devemos considerar o risco da transformação da úlcera em câncer. Sabemos que em certos Serviços, como nos da Clínica Mayo, foram encontrados até 38% de úlceras cancerizadas, lesões que eram consideradas como úlceras, seja clinicamente, seja aos raios-X; no entanto ao exame anatomopatológico das peças ressecadas, verificou-se que havia transformação cancerosa de uma lesão inicialmente benigna. Tendo em consideração essa eventualidade da transformação de uma úlcera em câncer, os doentes portadores de úlcera do estômago devem ser orientados para a cirurgia. Todos eles?: talvez não. Isso porque sabemos que a úlcera gástrica responde ao tratamento clínico muito mais depressa, muito mais prontamente do que a úlcera duodenal. Entretanto, dizem os autores que nos indivíduos com mais de 45 anos

a indicação cirúrgica é impositiva, porque então teremos os indivíduos na sua maior receptividade para a transformação cancerosa e não devemos esperar que essa transformação se dê, cumprindo-nos agir profilaticamente contra o câncer e curativamente contra a úlcera, ao fazer uma ressecção gástrica. Somente depois dos 45 anos devemos fazer a indicação da cirurgia? Revendo recentemente a nossa estatística pessoal de câncer gástrico, para uma comunicação à Academia de Medicina de São Paulo, tivemos a oportunidade de verificar que realmente dos 45 aos 55 anos é a época em que temos maior incidência de câncer do estômago. Entretanto, temos tido casos de câncer do estômago em idade muito mais jovem, desde os 26 anos. Devido a essas verificações, em se tratando de úlcera do estômago e se esse tratamento de 4 a 6 semanas não evidenciar a cicatrização da lesão, a nosso vêr é impositiva a intervenção cirúrgica.

Quanto à úlcera do duodeno, já as indicações podem ser menos impositivas, porquanto sabemos que a úlcera do duodeno pode ser tratada sofrivelmente por longos e longos anos, desde que o doente obedeça a uns tantos requisitos dietéticos e leve uma vida profissional, privada e social que não seja muito emotiva. Nos países como os Estados Unidos, em regra apenas 16% dos portadores de úlcera duodenal são encaminhados à cirurgia. Os norte-americanos consideram como caso cirúrgico de úlcera duodenal os casos de complicação da úlcera, justamente aqueles que formam a tríade impositiva da cirurgia a que atrás nos referimos. Eles têm lá condições outras que não temos aqui no Brasil, permitindo um tratamento prolongado, principalmente um afastamento de vários meses da atividade profissional do indivíduo, capaz de trazer a sedação do seu sistema nervoso, com possibilidade de se obter a cicatrização da úlcera. Assim, a indicação cirúrgica de úlcera do duodeno deve ser entre nós muito mais alta do que aqueles 16% que consignam trabalhos norte-americanos.

Encontramos recentemente citada em revista argentina (*Acta Médica de Cordoba*, IV, 48, janeiro-fevereiro de 1959) uma série de indicações feitas por Shackelford, em que esse autor especifica os casos que devem ser enviados à cirurgia. Inicia ele com aquela mesma tríade já conhecida: em 1.º lugar as úlceras perfuradas, em 2.º as úlceras estenosantes e em 3.º as úlceras hemorrágicas. As úlceras hemorrágicas ele entrega à cirurgia mesmo que não estejam sangrando, mas tendo no seu passado episódios recidivantes ou que determinem sangue oculto nas fezes. Basta que o enfermo apresente de quando em quando fezes escuras, onde se encontre a presença de sangue oculto, para que essa úlcera seja dos domínios da cirurgia. Nas úlceras com hemorragia em curso, ele dá indicação precisa da cirurgia, toda a vez que o doente tenha mais de 45 anos, em consideração ao seu estado circulatório, pois, em geral, quando a idade avança, as artérias se vão tornando mais endurecidas, a coibição espontânea das hemorragias se torna mais difícil e a reincidência dos surtos hemorrágicos

é mais freqüente e mais perigosa. De sorte que nesses casos Shackelford indica a intervenção de urgência nas úlceras hemorrágicas.

Como quase todos os que têm tratado do assunto, dá como dos domínios da cirurgia as úlceras que não respondem ao tratamento médico, aquelas que resistem às dietas, que resistem ao repouso e ao afastamento do enfermo das suas funções habituais. E vai além, porque indica também para a cirurgia as úlceras que recidivam periodicamente, que de quando em quando apresentam novos surtos. Indica ainda para a cirurgia aqueles enfermos com sintomatologia mais acentuada, que os impossibilita de exercer as suas ocupações normais.

Os doentes com acloridria e com nítida cratera ao exame radiológico devem ser conduzidos quanto antes à cirurgia, bem como os com excessiva hipercloridria incontrolável pelo tratamento clínico.

Outra indicação impositiva é a das úlceras diagnosticadas ao raio-X como sediadas na grande curvatura do estômago, e isso porque na maioria dos casos uma lesão ulcerosa na grande curvatura é uma lesão cancerosa, e, como o exame radiológico não pode afirmar de início que se trate de um câncer, nessa dúvida, é preferível indicar logo o tratamento cirúrgico.

Uma indicação curiosa que faz Shackelford é a das úlceras situadas abaixo da incisura angular que persistem duas semanas depois do tratamento: se até então não houve regressão do nicho, manda-a para a cirurgia.

As úlceras que embora tenham melhorado com o tratamento mas que persistem depois de um mês; a úlcera duodenal acompanhada de deformação ao raio-X do antro por gastrite; as úlceras com perfuração pregressa tratadas por simples sutura; as úlceras curadas espontaneamente na sua crise perfurativa graças ao tamponamento por órgãos vizinhos; as úlceras excepcionalmente grandes na imagem radiográfica, tanto no duodeno como no estômago, porque muitas vezes no estômago elas correspondem a um câncer no início e no duodeno sendo bastante grandes dificilmente chegam à cicatrização; as úlceras jejunais posoperatórias, as denominadas úlceras de boca, úlceras provocadas pela cirurgia, todos esses casos são dos domínios da cirurgia e devem merecer a ressecção gastro-duodenal.

Mas além dessa lista apresentada por Shackelford temos ainda outras indicações para a cirurgia das úlceras gástricas e duodenais. Não podemos deixar de lembrar os conselhos que sempre nos dava o prof. Montenegro a respeito da indicação social em nosso meio. Salientava ele muito enfaticamente, e muito sãbiamente, que entre as nossas classes trabalhadoras difícil seria obter-se um tratamento clínico aproveitável, não só pelas condições econômicas dos pacientes, como também pela falta de cultura e pela falta de obediência às prescrições médicas. Era a realidade do nosso meio social que fazia com que o nosso ilustre mestre fizesse também a indicação social da cirurgia nos casos das úlceras do estômago e do duodeno.

Devemos também incluir as indicações relativas à gastrite ulcerativa, que deve também estar incluída no capítulo das úlceras. A gastrite ulcerativa, pela disseminação de pequenas placas ulcerosas na mucosa do estômago, produz rica sintomatologia que chega às hemorragias e por vezes hemorragias bastante grandes, devendo ser, sem dúvida, também incluída nas indicações para a cirurgia.

Outra indicação formal da cirurgia é a das úlceras penetrantes que atravessam a parede gástrica e estabelecem o seu fundo no tecido pancreático ou no tecido hepático. Da mesma forma, quando assestadas no duodeno e apresentam perfuração na vesícula ou no pâncreas.

Finalmente vamos dizer, mesmo a título de curiosidade, duas palavras a respeito daquela indicação que fazem certos autores espanhóis para uma entidade mórbida mais subjetiva do que objetiva que é a que eles denominam de "ulcus sine ulcus" úlcera sem úlcera. Talvez tais casos possam também encontrar agasalho nesse capítulo das úlceras do estômago e do duodeno. São pacientes que apresentam a sintomatologia clássica das úlceras gástricas e duodenais e nos quais não só o exame radiológico nem a endoscopia nem mesmo os demais exames que se usam fazer para o diagnóstico confirmatório da úlcera do duodeno podem evidenciar uma lesão orgânica. Levados à cirurgia depois do fracasso do tratamento clínico e diante da persistência da sintomatologia clássica, não encontra o cirurgião um substrato anatômico que justifique a sintomatologia apresentada. Por isso, certos autores espanhóis deram a esta estranha condição o nome de "ulcus sine ulcus". Dizem eles na sua experiência, que não pode ser muito grande, porque estes casos não são muito freqüentes, que a gastrectomia é a única maneira de curar tais pacientes. Seria essa pois, uma última indicação para a cirurgia em portadores de sintomas de úlcera.

Sanatório São Lucas

FUNDAÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

DIRETOR: Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO

★

*Peça informações sobre o "Estágio de aperfeiçoamento"
mantido pelo Sanatório São Lucas*

★

Rua Pirapitingui, 80 — Tel 36-8181 — SÃO PAULO

Simpatico y parasimpatico (*)

Dr. TOMÁS ARETA

(Ex-Jefe de los Servicios de Cirugía del Hospital J. B. Iturraspe 1916-1949 —
Director del mismo 1947/50 — Director de la Asistencia Pública de San
Francisco (Pcia. de Córdoba) 1958/59).

El vago y el gran simpático son considerados como dos nervios. En cuanto a la función vegetativa, sólo una parte del vago (décimo par craneano) tiene relación en ella; otra parte pertenece a los nervios de la vida de relación. — La parte vegetativa del mismo junto con las ramas *vegetativas* del motor ocular común, III par, del facial, VII par, del nervio de Wrisberg, VII bis y del gloso faríngeo, IX par, forman el parasimpático craneano. — Debe agregarse el parasimpático pelviano; el famoso depressor de Cyon y la rama anastomática del ganglio cervical superior del gran simpático, para constituir el parasimpático, una de las dos secciones del sistema nervioso vegetativo (S. N. V.) — No se debe hablar del vago, pues, cuando nos referimos al compañero antagonista del simpático. — Este último tampoco está constituido únicamente por las cadenas y ganglios prevertebrales; recibe también fibras de otros sectores medulares de la columna dorsal donde se ha concentrado, por así decirlo, su centro de partida.

Sistema mixto: sensitivo y motor

Tanto el simpático como el parasimpático, están constituidos por fibras sensitivas y motoras a semejanza de los nervios de la vida de relación. — Nadie niega actualmente la sensibilidad visceral. — Leriche dá una importancia especial a las fibras nerviosas centripetas, de ida a los centros, para explicar la acción refleja o excitante de los centros superiores con las respuestas por las fibras centrifugas, motoras e secretoras en el complemento de la actividad del S.N.V. — El síntoma dolor, el de mayor jerarquía biológica aún no ha sido estudiado completamente pues depende de varios factores: nutrición y excitaciones específicas llevadas por las fibras, tono vital, tropismo

(*) Síntesis e alguns complementos ao trabalho do Dr. César Tommaso ("Libro de Oro" Homenaje al Professor Enrique Finocchietto, 1935).

y otras actividades que la integran. — Con este concepto del S.N.V., sensitivo y motriz, centrípeto y centrífugo, se vislumbra el centro de origen y centro trópico como rector del influjo nervioso que preside la vitalidad tisural.

Tono y excitabilidad en el S. N. V.

Excitabilidad del simpático y del parasimpático en lugar de tono del gran simpático y del vago, corresponden a éstos, dos términos en medicina: Vagotonismo y Simpaticotonismo empleados comúnmente. — Sin embargo no debe confundirse el tono con excitabilidad por no ser misma cosa: el primero es la normalidad vital y esencial en su existencia, aunque ella sea producida por acción de los elementos del S.N.V. que actúa sobre el tono general o parcial del S.N.V. aumentando o disminuyendo su tono por la hiper o hipo excitabilidad del S.N.V. — Es decir que el tono es normal en la vida regular del organismo y excitabilidad es la parte excedente o deficitaria de las excitaciones agregadas que modifican el tono tisural. — Un ejemplo: Inervación vegetativa cardíaca. — La regulación nerviosa del corazón (centro del aparato circulatorio) está a cargo de las fibras cardiovasculares del simpático y de las fibras cardíacas inhibitorias del parasimpático. — Del equilibrio armonioso de ambos sistemas depende el funcionamiento normal de dicha viscera.

Dejemos por el momento a un lado los factores iónicos, humorales y neurales autóctonos del corazón en particular. — Por medio de inyecciones intra-venosas adecuadas de atropina, podemos seccionar fisiológicamente el parasimpático y dejar al corazón bajo la sola influencia aceleradora del simpático. — Esta es la prueba farmacológica de Danielopolu y Carniol que la combinan con el ortostatismo (1).

La frecuencia mayor cardio-rítmica que tiene el enfermo acostado una vez anulada la fuerza *inhibidora o frenadora*, indica el *tono* del simpático cardíaco y la diferencia entre esa cifra y la del enfermo también acostado, antes de la inyección de atropina, indica el *tono* parasimpático cardíaco. — Por supuesto que la dosis total de atropina también indica el tono parasimpático. — De esta manera hemos podido dar: tanto el tono absoluto, como relativo del simpático y del parasimpático. — Es decir aclaramos la diferencia entre tono normal y tono debido a la excitación inhibidora. — Si en lugar de atropina usamos la adrenalina o dosis excitadora, especialmente del simpático, obtendremos: taquicardia é hiper tensión sobre contractilidad miocárdica; actuamos así no sobre el tono sino sobre la excitabilidad cardíaca vegetativa. — En los primeros casos hemos estudiado el grado de excitabilidad permanente que le permite funcionar normalmente al corazón. — En los segundos no agotando

(1) Ortostatismo (influencia de la estación de pie sobre la función de los órganos).

el tono nos dá el grado de excitación del S. N. V. — El tono ocupa la parte inicial de la excitabilidad, aquella porción que permite el trabajo cardíaco o que proporciona a los órganos la tensión necesaria para entrar en actividad. — La excitabilidad así concebida no actúa permanentemente; puede revelar-se pues de modo espontáneo: patológico o ponerla nosotros en relieve farmacológicamente.

Hay pues, fuera de la excitabilidad esencial y natural que dá el tono normal tanto en el orden general como en el regional o local, una excitabilidad exagerada o disminuída que puede variar el tono. — De allí lo incorrecto de los términos vagotonía, simpaticotonía cuando no nos referimos al tono respectivo.

Conviene reservar el nombre de S. N. V. al referirse al gran simpático, en su integridad anatómica que comprende la parte vegetativa del vago junto a las partes vegetativas anunciadas en los centros vegetativos cefálicos, pelvianos y otros anexos en los nervios indicados.

Leyes que rigen fundamentalmente al S. N. V.

Como hemos dicho más arriba la hiperexcitación del S. N. V. puede ser general al simpático y al parasimpático; regional en el mismo sentido y también según las vías de reflejos ser: excitador del simpático en unos órganos y excitables del parasimpático en otros. — Ejemplo: La enfermedad de Bacedoon cuya excitabilidad simpática dá la clásica taquicardia. y en su acción diarreica va el reflejo o excitación por la vía del parasimpático. — Por lo tanto no deben generalizarse las excitaciones del S. N. V. al todo orgánico y sí tenerse en cuenta las reacciones de los distintos órganos, aparatos afectados por la excitabilidad de la compleja red del neuro-vegetativo.

1.ª LEY : Anfotropismo.

Los factores que actúan sobre el S. N. V. de cualquier naturaleza que sean, excitan los dos grupos antagónicos. — Esta ley se aplica a todos los elementos del medio humoral, como a todo factor excitante reflejo o nó; es decir son elementos anfótipos. — Hay diré, una acción sincrónica o sinérgica, pelo que puede variar en su acción, según la concentración de los fármacos, traduciéndose en un antagonismo evidente.

Estas sinergias o antagonismos pueden observarse entre los planes profundos y superficiales, entre las circulaciones viscerales y tegumentarias, o también por acciones mecánicas o pasivas que se superponen a la regulación nerviosa ó humoral de los vasos y de los glomerulos cutáneos, especie de células motoras (neuro-musculares), verdadero aparato en la unión arterio-venosa, é importante en la sensibilidad vascular y regulación vaso-motriz periférica.

Para las variaciones en la acción excitante neural, ejemplo: La inyección en la sangre de 1 c.c. de sal adrenalítica al 1/1.000.000 y aún al 1/700.000 (del mismo autor Ponianápolu) no producen efecto alguno; la inyección de 1 c.c. de la solución al 1/500.000 excita en las personas normales, sobre todo las vaso-dilatadores; recién cuando se inyecta la solución al 1/100.000 ó 1/10.000 se alcanza el clásico efecto vaso-constrictor (específico). Con la atropina no parece pasar lo mismo a pesar de su anfotropismo. — Los reflejos vegetativos anfotrópicos se han observado frente al Calcio (Ca.) y en el reflejo óculo-cardíaco (R.O.C.) que sigue la vía parasimpática sobre el corazón: compresión ocular igual moderación de latidos y compresión ocular = reflejo ocular cardíaco (R.O.C.) (R.O. Intestinal), vía simpática.

2.^a LEY : Predominio del simpático o del parasimpático.

a) El predominio de un factor anfótropo depende de su potencia de acción; 1.^o) el autor obtiene un efecto presor o depresor según la intensidad empleada en el reflejo carotidiano; 2.^o) En las pruebas farmacológicas la intensidad de la acción es equivalente a las dosis empleadas. — Ya dijimos pequeñas dosis de Adrenalina, colirio, calcio, pelocarpina excitan el parasimpático (vaso dilatador); las dosis mayores dan predominio excitación simpática.

b) El predominio del factor anfótropo depende del tono vegetativo general: predominará tanto más sobre el simpático o parasimpático cuando el tono general sea simpaticotónico o parasimpaticotónico. — Todo esto es relativo hasta cierto punto, cuando las dosis son exageradas los efectos son brutales y complejos.

c) El predominio del factor anfótropo, depende en fin del estado en que se encuentra el tono local; lo mismo que en b). — El tono local da las propiedades fundamentales de ese órgano. — Ej.: miocárdites crónica y hipertensión arterial modifican el tono del miocardio según el estado del órgano: con miocardio que reacciona bien dentro de la hipertensión vascular la acción anfótropa es simpática; cuando el miocardio está debilitado la acción anfótropa se ejerce sobre el simpático en los vasos y sobre el parasimpático en el miocardio.

Con el reflejo R.O.C. puede darse el caso de ser directo sobre el simpático cardíaco, o indirecto por el parasimpático, cuando la médula dorsal es lesionada y va por el parasimpático medular terminal. — Esto demuestra que los reflejos del N.V. son también anfotrópicos.

3.^a LEY : Mecanismo circular anfótropo del tono vegetativo y de sus variaciones.

Las mismas reglas rigen al tono vegetativo que a la excitabilidad vegetativa por cuanto ésta es función de las variaciones del primero. — Dos factores sostienen al tono: central el uno y periférico

el otro. — Este último es anfótropo por contener sustancias tales: adrenalina, colirio, Ca., etc., por lo tanto mantienen la excitación del simpático y del parasimpático.

Por otra parte in influjo de los centros vegetativos mantiene la producción de sustancias anfótropas en glándulas y tejidos que a su vez influyen en el N.V. periférico. — De aquí ésta interdependencia del S.N.V. con el sistema hormonal y con el sistema nervioso de la vida de relación que no puede ser ajeno al funcionamiento íntimo del organismo.

Todo tono normal, deja de serlo, cuando su variación se debe a excitaciones vegetativas por arriba o por debajo de su normalidad. — La excitación vegetativa es ya anormal cuando está obrando en esas condiciones sobre el simpático o sobre el parasimpático.

He aquí el cuadro de la excitabilidad del Sistema Neuro-Vegetativo (S.N.V.):

A.º) HIPERTONÍA VEGETATIVA	{	General ..	{	simpaticotonía	
			parasimpaticotonía		
				{	anfotonía
	{	Local ...	{	Por lesión orgánica local	
Por lesión de las vías nerviosas.					
B.º) HIPOTONÍA VEGETATIVA ..	{	General ..	{	Hiposimpaticotonía	
				hipo-parasimpaticotonía	
				{	hipoanfotonía
	{	Local ...	{	Por lesión local	
				Por lesión de las vías nerviosas.	

Debe agregarse a todo esto; realidad anatómica, realidad funcional normal o anormal comprobada por la clínica y la existencia del Sistema Nervioso autóctono. — Este en múltiples procesos mórbidos, comprueba su existencia y la complejidad de sus funciones intrínsecas y sus relaciones con los diferentes sistemas nerviosos y humorales. — La atención que la ciencia médica le presta a este sistema nervioso autóctono es mínima y precaria.

Los clínicos observadores, así como los grandes investigadores y experimentadores, debieran dedicarle la atención debida para saber en qué grado influye su rectoría: en todos los órganos y diferentes tejidos diferenciados o no del organismo y en los diferentes estados mórbidos, sobre todo en el anabolismo o catabolismo tisular, problema que involucra al cáncer en su irregular y degenerado metabolismo, característico de su morbidez.

He creído de utilidad este esbozo de trabajo, como extensión de conocimientos necesarios a los médicos generales y una pequeña ayuda para los médicos rurales, esta somera síntesis del S.N.V., con un alerta de observación, base de todo progreso médico, sobre el sistema nervioso autóctono; no sólo periférico en referencia a la piel, sino a todo elemento orgánico que integra su unidad.

BIOSERINA

Que é Bioserina ?

— E' uma associação de Novocaina e extrato potencializado de órgãos.

Qual a importância e interesse da associação ?

— O extrato de órgãos por si só, é poderoso fator de melhoria das condições glandulares, nervosas e vasculares de indivíduos senís, restabelecendo a vivacidade, a disposição e elasticidade, além de possuir notável ação anti-tóxica, anti-alérgica e protetora da célula hepática.

O extrato de órgãos tem ação sinérgica e potencializadora sobre os efeitos eutróficos, revitalizantes e de recuperação orgânica apresentados pela Novocaina.

Quais os resultados do emprego de Bioserina ?

— Bioserina determina:

- a) *Desaparecimento da sintomatologia dolorosa.*
- b) *Melhora dos movimentos articulares.*
- c) *Melhora do quadro da artério-esclerose.*
- d) *Melhora das condições cárdio-circulatórias.*
- e) *Melhora das condições psíquicas.*

FÓRMULA:

Cloridrato de Novocaina	0,100 g.
Extrato potencializado de órgãos	5 ml.

INDICAÇÕES:

Profilaxia e tratamento dos transtornos de senilidade — Artério-esclerose — Hipertensão arterial — Artropatias — Caducidade — Dores e nevralgias em geral.

Um produto garantido com a marca CLIMAX



LABORATÓRIO CLIMAX S.A.

Rua Joaquim Távora, 651 - 780 — São Paulo, Brasil

Endometriose de cicatriz laparatomica (*)

Dr. WALDEMAR MACHADO

(Chefe da Secção de Maternidade do Sanatório São Lucas)

e

Prof. CARMO LORDY

(Anatomopatologista do Sanatório São Lucas)

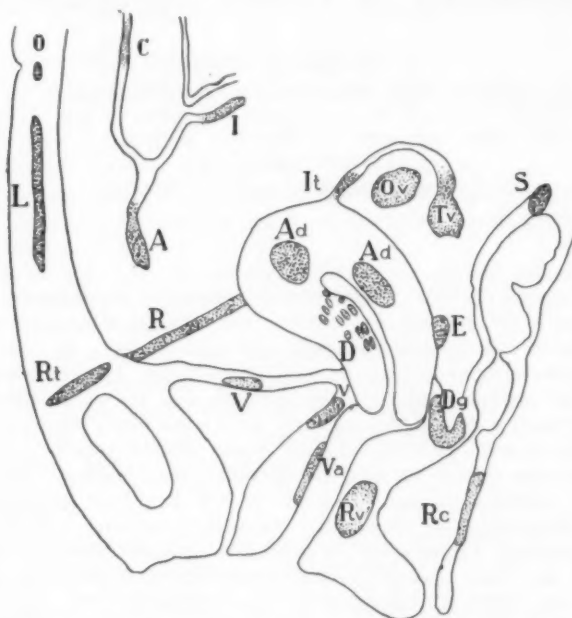
Tivemos ocasião de operar a senhora E. O., com 35 anos, no mês de agosto de 1958, a mesma foi internada neste hospital, com o diagnóstico de diástase dos retos e eventração. Esta senhora, em 1951, havia sido operada por nós, por uma distócia de colo, sendo feita então uma cesareana, na sua 1.^a gestação. Quatro anos após, numa 2.^a gestação, voltou a ser operada, mas em outro serviço. A história atual é de um ano para cá. Ela sentia dores muito fortes ao nível da cicatriz operatória a qual estava sempre aumentando. Nós só vimos esta doente na mesa de operação, pois, tendo vindo de um serviço coletivo, como é a C.A.P.F.E.S.P., hospitalizou-se com o diagnóstico de eventração. O médico interno, examinando-a, não encontrou eventração: achou mais provável tratar-se de uma diástase dos retos. Naturalmente, menos afeito à semiótica ginecológica, não ligou a sintomatologia à possibilidade de tratar-se de endometriose de cicatriz laparatomica. Quando praticamos os tempos operatórios, não encontramos de fato, saco de eventração e qual não foi nossa surpresa, quando deparamos, no meio dessa cicatriz, com tecido enegrecido, escuro, com uma secreção de côr achocolatada, característicos da endometriose. Raridade que é, na clínica, não nos furtamos ao prazer de trazer esta operação simples, porém, elucidativa de patologia, ao conhecimento deste seminário.

Logo nos primeiros anos de assistente do Dr. Eurico Branco Ribeiro, neste Sanatório, tivemos ocasião de ajudá-lo numa intervenção dessa espécie, caso que publicamos no Boletim do Sanatório São Lucas.

Vamos focalizar, numa cópia do livro de Botella Llusia, a localização possível da endometriose, deixando a cargo do Prof. Carmo Lordy a descrição das teorias que tentam explicar êsse fenómeno.

(*) Caso apresentado ao Corpo Médico do Sanatório São Lucas em 11 de setembro de 1958.

Lembramos que a endometriose será característica, não só quando a localização é fora do endométrio, mas também quando tôdas as funções realizadas são idênticas àquelas desenvolvidas no endométrio. Quer isso dizer que tôdas as fases de modificações porque passa o endométrio tópico, se processam perfeitamente também nos focos de endometriose, sob a ação dos hormônios ovarianos.



LOCALIZAÇÃO DA ENDOMETRIOSE. Ov = ovário; Tv = região ampolar da trompa; It = regiões ístmicas e intersticiais; E = endometriose externa; Dg = Douglas; Ad = Adenomiase interna nodular; D = idem em forma difusa; Va = vagina; V = bexiga; Rc = reto; S = sigma; C = colon; I = intestino delgado; A = apêndice; R e Rt = ligamento redondo nas regiões intra e extra peritoneal; L = cicatriz laparotômica; O = umbigo; Rv = septo reto-vaginal.

Conforme o gráfico junto, os focos de endometriose têm localização a mais variada possível e entre outras localizações que não encontrei em livro nenhum, encontramos aquela dos músculos do braço e da coxa, citadas na literatura por Botella Llusia. Nós podemos ter focos de endometriose difusa e pequenos focos isolados no próprio miométrio, no fundo de saco de Douglas, no espaço vesicoretal, na sigmóide, nas trompas, nos ovários, no ligamento redondo, na porção abdominal externa, no apêndice, no cecum, no íleo e nas cicatrizes umbilical e laparotômica. Este último foi o do nosso caso. Com a apresentação do caso quero lembrar que o fato ocorreu exata-

mente por um possível transplante do endométrio para a cicatriz abdominal, quer por meio de agulhas de sutura ou por meio de manipulações que ocasionaram uma condução de fragmento de endométrio para a cicatriz. Daí o cuidado que se deve ter, ao praticar uma cesareana em isolar-se aquelas agulhas que foram utilizadas para a sutura do miométrio, evitando-se também transfixar a mucosa de modo a não levar aos outros planos de sutura enxertos da mucosa evitando-se assim complicações desta natureza.

Prof. Carmo Lordy. — A exposição clínica de um caso de endometriose da cicatriz laparotômica, feita pelo Dr. Waldemar Machado, serviu de ponto de partida para algumas considerações sobre o assunto em apreço.

Sob a denominação de adenomioma do útero eram pelo passado genericamente designadas certas proliferações adenomatosas encontradas na espessura do miométrio, porque a elas se atribuía a significação de uma verdadeira neoplasia, desenvolvida à custa de resíduos fetais de mesonefros ou dos ductos de Malpighi-Gartner ou dos ductos de Müller. Ainda que em casos bem raros pudesse ser invocada tal origem para essas proliferações, contudo o conceito primitivo não deixou de sofrer modificações sensíveis.

Criou-se depois o termo de endometriose, servindo para especificar os focos de proliferações heterotópicas, que apresentam estrutura análoga à do endométrio do corpo uterino, isto é, ilhotas de glândulas tubuliformes desenvolvidas em meio de um estroma citógeno mais ou menos rico em células e delimitadas por feixes musculares. Em seguida, foram identificados focos de endometriose em outras localizações da cavidade abdominal, além do ambiente uterino: no fundo do saco de Douglas, na superfície serosa do intestino, no ligamento redondo, no úraco, na região umbilical, no revestimento seroso do útero (endometriose externa), nas cicatrizes laparotômicas, nas trompas (salpingite istmica nodosa), nos ovários (cisto de chocolate do ovário), etc. Em todas essas localizações o quadro histológico é fundamentalmente o mesmo, porém com algumas variantes de fácil interpretação.

Freqüentemente se notam nos elementos glandulares sinais de secreção, como na fase secretória do endométrio. Embora irregularmente, observa-se às vezes nos focos de endometriose participação dos processos de hiperemia e de hemorragia da menstruação: daí, hemorragias na luz glandular, nos cistos procedendo da dilatação das mesmas glândulas, por exemplo, cistos de chocolate do ovário, hemorragia na cavidade peritoneal, etc. Também, já foi assinalada nesses focos a reação decidual durante o período gravídico.

Essas proliferações, análogas ao endométrio do corpo uterino, geralmente consideradas de natureza benigna, que procedência acusam? Sob qual influxo se desenvolvem? Há duas interpretações principais a se defrontarem: a de Sampson e a de R. Meyer.

Segundo Sampson, os focos de endometriose disseminados na cavidade abdominal são interpretados como sendo o resultado da proliferação de elementos do endométrio do corpo uterino, saídos por um suposto mecanismo de menstruação em refluxo, através do pavilhão da trompa, na cavidade abdominal e transplantados na serosa.

As proliferações endometrióides da serosa abdominal são consideradas por R. Meyer como produções autóctones localizadas: os elementos de revestimento da serosa seriam, na mulher, potencialmente capazes, sob a ação de determinados estímulos, de produzir neoformações estrutural e funcionalmente análogas ao endométrio. Tais estímulos hormonais procederiam do ovário. Por isso e com razão, A.A. modernos colocam as proliferações endometrióides hiperplásticas ao lado das metropatias hemorrágicas climatéricas e das mastopatias quísticas. De outro lado, pode-se sem constrangimento atribuir às células peritoneais a potencialidade admitida por Meyer. O desenvolvimento anômalo de tecido pancreático em setores diversos do canal alimentar (parede do estômago, do intestino delgado, do divertículo de Meckel) demonstra que as células de origem endodérmica do duodeno não são as únicas dotadas desse poder formativo.

Por analogia, poderia se dizer: as células do canal de Müller não são as únicas dotadas do poder formativo do endométrio; as células peritoniais, que têm a mesma origem mesodérmica, em determinadas circunstâncias também podem adquiri-la.

STRYCHNANEURIN B₁₂

(VITAMINA B₁₂+VITAMINA B₁+SULFATO DE ESTRICNINA)

Tônico neuro-muscular por excelência

Strychnaneurin B₁₂ 50 mcg

(1 mg Sulfato de Estricnina + Vitamina B₁ + Vitamina B₁₂)

Strychnaneurin B₁₂ 100 mcg

(2 mg Sulfato de Estricnina + Vitamina B₁ + Vitamina B₁₂)

Strychnaneurin B₁₂ 500 ou 1.000 mcg

(2 mg Sulfato de estricnina + 100 mg Vitamina B₁ + Vitamina B₁₂)

★

Amostras e literatura à disposição dos Srs. Médicos

LABORATÓRIO NOVOTHERAPICA S. A.

Rua Pedroso de Moraes, 1157 — Fone 80-2171 — São Paulo

Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia

TABELA DE PREÇOS DE ANÚNCIOS

Capa externa (12 x 19 cm) por vez	7.000,00
Capa interna (12 x 19 cm) por vez	6.500,00
1 página (12 x 19 cm) por vez	6.000,00
1/2 página (9 x 12 cm) por vez	3.500,00
1/3 página (9 x 5,5 cm) por vez	2.500,00
Encarte por vez	4.000,00

LIO PREFISOL

EXTRATO DA HIPÓFISE ANTERIOR LIOFILIZADO

Contém os hormônios elaborados pelo lobo anterior da glândula hipofisária bovina em forma liofilizada.

- * Desenvolvimento somático retardado
- * Distrofia adiposo-genital
- * Hipogenitalismo masculino da idade pré-puberal
- * Magreza hipofisária
- * Pan-hipopituitarismo
- * Caquexia hipofisária

APRESENTAÇÃO: Frasco-ampôla com 60 U.P.



OPOTERÁPICA NESPA S/A.

Rua França Pinto, 616/628 — Tels. 7-6902/7-1804

SÃO PAULO, BRASIL

DR. SYLVIO COSTA BOOCK

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

RUA BRAÚLIO COMES, 25 - 4.º Andar — TELEFONES 4-7744 e 8-5445

PROFENAMIN COMPOSTO



AMPOLAS

COMPRIMIDOS

SUPPOSITÓRIOS

PROFENAMIN COMPOSTO alia em sua fórmula três elementos de efeito decisivo no combate às síndromes dolorosas

I **ANTISPASMÓDICOS** = PROFENAMIN
NOVATROPINA

II **ANALGÉSICO** = STEGALGIN

III **SEDATIVOS** = DERIVADOS DA MALONILUREIA

PROFENAMIN COMPOSTO não é entorpecente

INDICAÇÕES:

Cólicas hepáticas, nefréticas, vesicais, dismenorréia, pré e pós operatória, dores dos cancerosos, síndromes dolorosas do trato genito-urinário, ameaças de aborto, dores sub-intrantes do parto, enxaqueca.

★ ★

Laboratório Sintético Ltda.
Rua Tamandaré, 777 - Tel. 36-4572
SÃO PAULO

São Paulo Editora S. A. imprimiu

